



**“PROPUESTA METODOLÓGICA PARA LA PLANIFICACIÓN
DE INVERSIONES EN INFRAESTRUCTURA SANITARIA DEL
PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN ESSALUD”**

**Trabajo de Investigación presentado
para optar al Grado Académico de
Magíster en Gestión Pública**

Presentado por:

Sr. Carlos Edgard Ordóñez Crespo

Sr. Pedro Antonio Riega López

Sra. Silvia Calisaya Ramírez

Asesor: Profesor Miguel Prialé Ugás

2017

A Dios por permitirme estar aquí presente y compartir este esfuerzo que dedico a mi familia, en especial a mis queridos padres Edgar y Bertha, a mi esposa Victoria y mi hijo Carlos Oscar, por el apoyo recibido.

Carlos Edgard Ordóñez Crespo

A mis padres Nora y Pedro, quienes siempre han sido y serán los faros que guían mi camino; a mi amada esposa Yahaira, mi compañera de vida y mi soporte; y a nuestra adorada hija Gracia Valentina, principal motivación y fuerza para seguir adelante.

Pedro Antonio Riega López

A toda la población, que sufre las consecuencias de la inequidad social, esperando que este trabajo pueda contribuir de alguna manera a mejorar su calidad de vida y fortalecer la relación con su territorio.

Silvia Calisaya Ramírez

Agradecemos a nuestro asesor, Eco. Miguel Prialé Ugás, por el apoyo recibido, y a todos los profesores que nos brindaron sus conocimientos y compartieron sus valiosas experiencias que sirvieron de base para elaborar el presente trabajo.

Resumen ejecutivo

Con fecha 30 de noviembre de 2016, mediante el Decreto Legislativo 1252 se crea el Sistema Nacional de Programación Multianual y Gestión de Inversiones, y se deroga la Ley 27293, Ley del Sistema Nacional de Inversión Pública (SNIP). El reglamento del citado decreto fue aprobado a través del Decreto Supremo 027-2017-EF con fecha 22 de febrero de 2017.

Dentro de los principios rectores de la programación multianual del nuevo sistema, se encuentra el cierre de brechas de infraestructura para el acceso a servicios públicos para la población, así como el principio de mayor impacto social de los recursos destinados a la inversión.

El componente de salud de las instituciones de seguridad social forma parte de los sistemas de salud en diversos países, como un subsector que brinda atención en salud a la población que corresponde a los trabajadores formales y sus derechohabientes.

En ese marco, el presente estudio ha identificado como problema público el limitado e ineficiente acceso a los servicios de salud en la población asegurada de EsSalud. Existe un problema de accesibilidad a los servicios de salud de EsSalud, en especial en el primer nivel de atención, que se traduce en insatisfacción de los usuarios y la búsqueda de oferta alternativa, así como en la identificación tardía de problemas de salud y subsecuente mayor riesgo de complicaciones clínicas e incremento de costos para el sistema y para el asegurado. Ello se encuentra asociado, principalmente, a una planificación de inversiones que no obedece a criterios técnicos estandarizados con enfoque territorial y se ejecuta al margen de la política sectorial e institucional, ya que la inversión en infraestructura sanitaria ha ido decreciendo en los últimos años y, además, privilegiando el segundo y tercer nivel de atención. Más aun, la priorización de inversiones en el primer nivel de atención es realizada con criterios políticos o individuales de los directivos, y no con miras hacia el cierre de brechas de cara al territorio.

Se ha tomado como marco referencial para el abordaje de esta problemática, a la caracterización del sistema de salud peruano, los aspectos teóricos de la organización de las redes de servicios de salud, los fundamentos de la planificación y gestión de inversiones, así como la normatividad vigente relacionada con la categorización, diseño y dimensionamiento de los establecimientos de salud o instituciones prestadoras de servicios de salud (IPRESS) a nivel nacional e institucional.

Del diagnóstico realizado, se ha determinado que se requiere priorizar las inversiones del primer nivel de atención, para mejorar la equidad y oportunidad en la atención al asegurado,

contribuyendo, asimismo, con la calidad de atención. En tal sentido, el presente estudio desarrolla una propuesta metodológica de planificación de inversiones en infraestructura sanitaria del primer nivel de atención en EsSalud, con enfoque de gestión territorial.

La metodología diseñada tiene como punto de partida la alineación con la política institucional de fortalecer el primer nivel de atención como solución a los problemas de acceso, oportunidad y eficiencia de la institución para la atención de salud de los asegurados. Su alcance es nacional y su aplicación es por redes asistenciales. Parte del análisis de la situación presente con relación a los estándares normativos sectoriales e institucionales y en función a la población actual, identificando la brecha actual. Este primer análisis se enfoca sobre los distritos cuya población asegurada alcanza la cantidad mínima necesaria para justificar, de acuerdo a la directiva institucional respectiva, la creación de una IPRESS. Se utilizan los criterios de ruralidad y accesibilidad para identificar la necesidad de nuevas IPRESS, proyectando un horizonte de diez años y agrupando distritos a partir de aquellos más alejados, con la finalidad de eliminar la inaccesibilidad mediante oferta fija en lo posible, hasta obtener una cifra mínima de distritos con dicho problema para, finalmente, proponer como alternativa preferente el intercambio prestacional con las IPRESS del gobierno regional y/o Ministerio de Salud (MINSA). De esta manera, se identifica una cartera de servicios propuesta, la cual se somete a un proceso de priorización que toma en consideración los criterios de ser estrategia nacional o sectorial, corresponder a una estrategia institucional, contribuir al cierre de brecha de infraestructura nueva, la inversión reciente en dicha provincia, la población beneficiada con el proyecto, la accesibilidad geográfica, la tenencia de terreno apto y la vulnerabilidad del terreno. Se realizó la validación de la herramienta mediante una encuesta a expertos, así como su aplicación a la red asistencial Huaraz.

La propuesta de priorizar la planificación de infraestructura sanitaria de primer nivel de atención es respaldada con evidencia, la cual postula que la prevención como política agregada al manejo recuperativo de la salud, es económicamente rentable tanto para el asegurado, como para la institución y la sociedad.

Índice

Índice de tablas.....	ix
Índice de gráficos	x
Índice de anexos	xi

Capítulo I. Alcances del trabajo de investigación1

1. Identificación del problema de investigación	1
2. De las preguntas de investigación.....	1
2.1 Del problema de investigación.....	1
2.2 De los problemas específicos	1
3. Objetivos	2
3.1 Objetivo general.....	2
3.2 Objetivos específicos	2
4. Justificación	2
5. Metodología.....	3
6. Alcance	4
7. Exclusiones	4
8. Delimitación.....	4
8.1 Delimitación espacial.....	4
8.2 Delimitación temporal	4
8.3 Delimitación social	5
8.4 Delimitación teórica.....	5
9. Limitaciones.....	5

Capítulo II. Marco referencial teórico y normativo.....6

1. Sistemas de salud mixtos y el modelo de seguridad social en salud.....	6
2. El modelo prestacional: las redes de servicios de salud y los niveles de atención	6
3. El acceso a los servicios de salud y sus barreras.....	9
4. La planificación y gestión de Infraestructura.....	10
5. Priorización de necesidades de inversión.....	10
6. Marco normativo internacional.....	11
7. Marco normativo nacional	12
7.1 Derecho a la salud y rectoría en salud.....	12
7.2 Creación y organización de EsSalud.....	13

7.3 Categorías de establecimientos de salud o instituciones prestadoras de servicios de salud (IPRESS).....	13
7.4 Normatividad de inversiones en salud	14
7.5 Organización de la provisión de servicios de salud	16
7.6 Estándares de infraestructura sanitaria.....	16
7.7 Estándares para el dimensionamiento de la necesidad de infraestructura en salud	17
8. Definiciones	17
Capítulo III. Diagnóstico situacional.....	21
1. El sistema de salud y EsSalud.....	21
2. Situación de salud de los asegurados	22
2.1 Enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales	22
2.2 Enfermedades no transmisibles.....	23
3. Satisfacción de los usuarios de EsSalud	24
4. Acceso y oportunidad de la atención en los servicios de salud de EsSalud.....	24
5. Condiciones de la infraestructura de los servicios de salud de EsSalud	25
6. La planificación de inversiones en EsSalud.....	28
7. Gestión de inversiones en EsSalud	29
Capítulo IV. Desarrollo de la propuesta	32
1. Descripción general de la red asistencial seleccionada.....	32
2. Diagnóstico de la infraestructura del primer nivel de atención.....	33
3. Determinación de la oferta proyectada según población actual.....	34
4. Proyección de la población asegurada futura.....	35
5. Determinación de la oferta proyectada futura por distritos.....	35
6. Determinación de la oferta proyectada futura por zonas geográficas	36
7. Determinación de la oferta proyectada futura ampliada por zonas geográficas	37
8. Identificación de las IPRESS para intercambio prestacional.....	37
9. Determinación de la brecha futura ampliada por zonas geográficas.....	37
10. Priorización de inversiones en infraestructura para el horizonte de 10 años.	39
Capítulo V. Aplicación de la propuesta a la Red Asistencial Huaraz	40
1. Descripción general de la Red Asistencial Huaraz	40
2. Diagnóstico de la oferta de infraestructura de la Red Asistencial Huaraz	42
3. Determinación de la oferta proyectada actual.....	43

4. Proyección de la población asegurada futura.....	43
5. Determinación de la oferta proyectada futura por distritos.....	44
6. Determinación de la oferta proyectada futura por áreas geográficas	44
7. Determinación de la oferta proyectada futura ampliada por zonas geográficas	45
8. Identificación de las IPRESS para intercambio prestacional.....	46
9. Determinación de la brecha futura ampliada por zonas geográficas.....	47
10. Priorización de inversiones en infraestructura de la Red Asistencial Huaraz.....	51
 Capítulo VI. Costeo y evaluación de impacto económico y social.....	52
1. Estimación de inversión.....	52
2. Estimación del beneficio económico social	53
 Conclusiones y recomendaciones	56
1. Conclusiones.....	56
2. Recomendaciones	57
 Bibliografía	58
Anexos	61
Nota biográfica	84

Índice de tablas

Tabla 1.	Infraestructura sanitaria según población asegurada, EsSalud.	17
Tabla 2.	Categoría de las IPRESS de EsSalud según normatividad vigente	26
Tabla 3.	Oferta extrainstitucional de EsSalud	27
Tabla 4.	Distribución de requerimientos de inversión, según naturaleza del requerimiento, niveles de atención y áreas de intervención.....	28
Tabla 5.	Valores límite para la identificación de la necesidad de inversión en UPSS del primer nivel de atención	34
Tabla 6.	Cálculo de la población asegurada futura.....	35
Tabla 7.	Clasificación de áreas pobladas y/o distritos por su accesibilidad a IPRESS	36
Tabla 8.	Matriz de priorización de inversiones en infraestructura sanitaria del primer nivel de atención.....	39
Tabla 9.	Tasa de crecimiento anual. Red Asistencial Huaraz.....	42
Tabla 10.	Información general de las IPRESS de la Red Asistencial Huaraz	42
Tabla 11.	Características de la infraestructura de las IPRESS de la Red Asistencial Huaraz.....	42
Tabla 12.	Oferta proyectada y brecha actual, por distritos. Red Asistencial Huaraz	43
Tabla 13.	Población asegurada futura. Red Asistencial Huaraz.....	43
Tabla 14.	Oferta proyectada y brecha futura, por distritos. Red Asistencial Huaraz	44
Tabla 15.	Oferta proyectada futura por zonas geográficas. Red Asistencial Huaraz.	45
Tabla 16.	Oferta proyectada futura ampliada por zonas geográficas	46
Tabla 17.	Distritos con inaccesibilidad a la oferta proyectada futura ampliada	46
Tabla 18.	Brecha futura ampliada por zonas geográficas. Red asistencial Huaraz	48
Tabla 19.	Carta de necesidades de inversión en infraestructura sanitaria. Red Asistencial Huaraz.	50
Tabla 20.	Priorización de necesidades de inversión. Red Asistencial Huaraz, EsSalud	51
Tabla 21.	Inversión estimada para la creación y mejoramiento de IPRESS de EsSalud.....	52
Tabla 22.	Inversión estimada de la brecha de infraestructura para la Red Asistencial Huaraz	52
Tabla 23.	Beneficio económico social estimado de la inversión en el primer nivel de atención, para enfermedades cardiológicas. Red Asistencial Huaraz, EsSalud.....	55

Índice de gráficos

Gráfico 1.	Pirámide de Kaiser con niveles de atención y demanda referencial.....	8
Gráfico 2.	Esquema de una red asistencial de EsSalud por niveles de atención	8
Gráfico 3.	Los años de vida saludable perdidos (AVISA) y sus componentes	22
Gráfico 4.	Carga de morbilidad por enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales, EsSalud 2014	23
Gráfico 5.	Carga de morbilidad por enfermedades no transmisibles, EsSalud 2014.....	23
Gráfico 6.	Distribución de la carga de consulta externa. EsSalud, 2014	25
Gráfico 7.	Operatividad y vida útil del equipamiento de las IPRESS de EsSalud	26
Gráfico 8.	Propiedades de la infraestructura asistencial. EsSalud, 2015	27
Gráfico 9.	Ejecución presupuestal de inversiones en EsSalud. Período 2011 – 2015	29
Gráfico 10.	Proyectos de inversión viables. EsSalud, 2011 – 2017	30
Gráfico 11.	Montos de inversión. EsSalud, 2011 – 2017	30
Gráfico 12.	Esquema de la situación inicial de una red asistencial	34
Gráfico 13.	Esquema de la proyección de oferta de acuerdo a la secuencia metodológica.....	38
Gráfico 14.	Esquema de la Red Asistencial Huaraz. EsSalud, 2016.....	40
Gráfico 15.	Mapa de la Red Asistencial Huaraz. EsSalud, 2017.....	41
Gráfico 16.	IPRESS del Gobierno Regional Ancash para intercambio prestacional con EsSalud en Huallanca y Quillo.....	47
Gráfico 17.	Mapa de la configuración propuesta para la Red Asistencial Huaraz	49
Gráfico 18.	Impacto económico positivo de la prevención	53
Gráfico 19.	Impacto económico negativo de la no prevención	54

Índice de anexos

Anexo 1.	Ambientes prestacionales de las UPSS y actividades de atención directa del primer nivel de atención.....	62
Anexo 2.	Ambientes prestacionales de las UPSS y actividades de atención directa y de soporte del primer nivel de atención.....	63
Anexo 3.	Organigrama de la oficina de planificación de inversiones de EsSalud	65
Anexo 4.	Criterios de priorización de necesidades de inversión.....	66
Anexo 5.	Mapa de la ruralidad por distritos. Red Asistencial Huaraz	68
Anexo 6.	Población proyectada futura en un horizonte de diez años.....	69
Anexo 7.	Mapa de la accesibilidad por <i>buffers</i> , correspondiente a la oferta proyectada futura por distritos. Red Asistencial Huaraz	72
Anexo 8.	Mapa de ruralidad de las áreas de influencia de la oferta proyectada futura por zonas geográficas. Red Asistencial Huaraz	73
Anexo 9.	Mapa de accesibilidad distrital a la oferta proyectada futura por zonas geográficas. Red Asistencial Huaraz	74
Anexo 10.	Mapa de ruralidad de las áreas de influencia de la oferta proyectada futura ampliada por zonas geográficas. Red Asistencial Huaraz	75
Anexo 11.	Mapa de la oferta proyectada futura ampliada por zonas geográficas. Red Asistencial Huaraz.....	76
Anexo 12.	Mapa de accesibilidad distrital a la oferta proyectada futura ampliada por zonas geográficas. Red Asistencial Huaraz	77
Anexo 13.	Ficha de encuesta dirigida a funcionarios y/o especialistas multidisciplinarios en el sector Salud	78
Anexo 14.	Resultados de la validación de la propuesta metodológica con expertos	81
Anexo 15.	Ficha técnica.....	82

Introducción

El desarrollo óptimo de la oferta de servicios de salud en la seguridad social en el Perú se constituye tanto en una necesidad como en un desafío, y para abordarlo de manera efectiva es necesario realizar una adecuada planificación que considere como principio la disponibilidad, la accesibilidad y la calidad; que tome en cuenta la brecha para optimizar la oferta de servicios, así como la disponibilidad de oferta en otros subsectores públicos y privados para el intercambio prestacional y/o la contratación de servicios, siendo el más importante de estos subsectores el Ministerio de Salud, sobre todo en aquellos territorios de difícil acceso y mayor pobreza.

La seguridad social en salud en el Perú está a cargo del Seguro Social de Salud (EsSalud), el cual cubre la atención de aproximadamente el 30% de la población, esto es 10.891.889 asegurados distribuidos en todo el territorio nacional a septiembre de 2016. A pesar de su vasta cobertura, EsSalud se caracteriza por disponer de una oferta de servicios de salud en las zonas de mayor concentración poblacional, con zonas de influencia que incluyen áreas pobladas muy alejadas de dicha oferta, lo cual genera un problema sistemático de baja accesibilidad que afecta a dichas poblaciones alejadas que, a la vez, son, en su mayoría, las más vulnerables. La baja accesibilidad predispone a que la población asegurada recurra a la oferta de salud cuando se encuentra en una fase avanzada de enfermedad u otras situaciones que generan en ella una percepción de urgencia o gravedad. El modelo prestacional, que promueve dicho fenómeno, se mantiene invariable a pesar de la existencia de políticas explícitas orientadas a resolver tal situación.

Uno de los factores relevantes que influye negativamente sobre la accesibilidad a los servicios de salud es el limitado crecimiento de la oferta, el cual no guarda relación con el crecimiento de la población asegurada y su demanda de servicios de salud. Los escasos recursos para inversión se han venido reduciendo progresivamente y, además, la decisión de inversión es realizada sin un criterio técnico adecuado a la realidad de las redes asistenciales y las necesidades de atención.

Nos proponemos describir y analizar la situación actual del acceso a los servicios de salud, la percepción de los asegurados respecto de la atención en salud, así como la situación del proceso de planificación de inversiones en EsSalud, y sobre la base de este diagnóstico, formular una propuesta metodológica que permita identificar y priorizar las necesidades de inversión en infraestructura sanitaria del primer nivel de atención, que optimice los recursos económicos y utilice la configuración de redes de salud, de tal manera que permita ofrecer servicios asistenciales de manera oportuna y equitativa a los asegurados.

Capítulo I. Alcances del trabajo de investigación

1. Identificación del problema de investigación

Entendiendo la problemática de la salud como un problema social, Ortegón define al problema social como: «Una situación concreta de insuficiencia, escasez o necesidad básica percibida por un alto número de personas o una situación de conflicto social que demanda una respuesta del gobierno» (Ortegón Quiñones, 2015).

El problema de investigación es un problema social que corresponde al limitado e ineficiente acceso a los servicios de salud del primer nivel de atención de EsSalud, el cual es generado, principalmente, por los siguientes factores:

- Una planificación de inversiones que no obedece a criterios técnicos estandarizados con enfoque territorial y que, contrariamente a lo estipulado como política sectorial e institucional, en lugar de fortalecer el primer nivel de atención, tiende a hipertrofiar el nivel especializado de atención, y priorizar la inversión con criterios políticos o individuales de los directivos.
- Insuficiente infraestructura para el acceso a los servicios de salud del primer nivel de atención.
- La baja asignación presupuestal para inversiones, que se ha venido acortando en el último lustro, a pesar del incremento significativo y progresivo de asegurados.

2. De las preguntas de investigación

2.1 Del problema de investigación

¿Cuál es la metodología que se debe utilizar para una adecuada planificación de inversiones en infraestructura para el primer nivel de atención de salud en EsSalud, con enfoque territorial, que oriente y promueva la implementación y articulación más eficiente de los servicios de salud?

2.2 De los problemas específicos

- ¿Cuáles son los factores que inciden en el actual proceso de planificación de inversiones en EsSalud, que generan servicios de salud inadecuados, insuficientes y/o mal articulados?
- ¿Cuáles son los procesos y procedimientos para mejorar la fase de planificación de inversiones en infraestructura sanitaria en EsSalud con enfoque territorial que permita una implementación y articulación más eficiente de los servicios de salud?

- ¿Cómo deberían aplicarse los procesos, procedimientos para mejorar la fase de planificación de inversiones en infraestructura sanitaria en las redes asistenciales de EsSalud y determinar su impacto económico social?

3. Objetivos

3.1 Objetivo general

Diseñar una metodología para la planificación de inversiones en infraestructura para el primer nivel de atención de salud en EsSalud con enfoque territorial, que permita la implementación y articulación más eficiente de los servicios de salud.

3.2 Objetivos específicos

- Determinar los factores que inciden en el actual proceso de planificación de inversiones en EsSalud, que generan servicio de salud inadecuado, insuficiente y mal articulado.
- Determinar los procesos y procedimientos de una metodología para mejorar la fase de planificación de inversiones en infraestructura sanitaria en EsSalud, con enfoque territorial, que permita una implementación y articulación más eficiente de los servicios de salud.
- Aplicar la metodología en una red asistencial de EsSalud y evaluar su viabilidad económica y social.

4. Justificación

La administración de EsSalud es de tipo centralizada, gestiona los servicios asistenciales bajo un modelo de redes de salud, con ciertos niveles de autonomía en rubros como mantenimiento y servicios generales, mas no en el de inversiones, ya que este sigue siendo autorizado por el nivel central, de acuerdo con la disponibilidad presupuestal de la institución. El modelo de redes establecido en los últimos 15 años, no funciona de forma eficiente, debido a la insuficiente infraestructura sanitaria, la misma que viene acompañada de déficit en equipamiento y recursos humanos en salud. Las redes de salud establecidas han formado parte de una red de decisiones políticas sin una estrategia de solución eficaz para mejorar el acceso a las atenciones de salud.

La falta de planificación ha contribuido con la discrecionalidad de proyectos, formulándose y ejecutándose sin un orden de prioridad técnicamente sustentable. Esta carencia de planificación de inversiones ha llevado a que la institución, en los últimos años, haya venido realizando ejecuciones de proyectos, sin tener en cuenta el ordenamiento territorial, y sin plantear una

solución integral al problema de la atención de la salud en la seguridad social, en los tres niveles de atención, de manera continua y coordinada.

El presente trabajo será de utilidad ya que pondrá a disposición de EsSalud, una herramienta para mejorar el proceso de inversiones en la institución, en particular el componente de planificación, orientado a mejorar la accesibilidad a los servicios de salud de manera efectiva y optimizando los recursos institucionales.

5. Metodología

La metodología utilizada en el presente trabajo de investigación corresponde a un estudio descriptivo y cualitativo. Las actividades realizadas para lograr los objetivos fueron:

- Revisión de documentación de fuente secundaria tales como: documentos normativos nacionales, base de información estadística institucional, documentos técnicos de gestión institucional y sectorial.
- Revisión de documentación de fuente primaria, tal como la encuesta realizada por el Consorcio Quanto-Prisma a solicitud de EsSalud, en el primer trimestre del 2015.
- Revisión bibliográfica de diversos autores, relacionados con temas de sistemas de salud, redes de salud, accesibilidad geográfica en salud, planificación en salud, entre otros.
- Análisis y diagnóstico situacional de la accesibilidad a los servicios de atención de salud. Se realizó un análisis de la accesibilidad a los servicios de atención de salud considerando la opinión de los involucrados, es decir, trabajadores de la misma red de salud, conocedores de las zonas geográficas, corredores, accesos viales (carreteras, vías, entre otros), y asegurados.
- Se realizó un diagnóstico de los recursos físicos de infraestructura para identificar el problema central.
- Uso del marco referencial teórico y normativo para la formulación de la propuesta metodológica para la planificación de inversiones en infraestructura sanitaria del primer nivel de atención, detallando los criterios y la secuencia para su implementación.
- Validación de gabinete mediante encuesta a expertos, y validación de campo mediante la aplicación de la propuesta metodológica a una red asistencial de EsSalud.
- Costeo de la propuesta y su aplicación, así como el análisis económico y social de la conveniencia de la priorización de la inversión sobre el primer nivel de atención.

6. Alcance

El presente trabajo está diseñado para ser utilizado por las unidades responsables de conducir e implementar la planificación de inversiones en las redes asistenciales de EsSalud a nivel nacional, para el primer nivel de atención.

7. Exclusiones

El presente estudio no abordará los siguientes puntos:

- La problemática vinculada a la fragmentación del sistema de salud del Perú y su organización, al asumir que el contexto político actual no es favorable para la integración del sistema público de salud, frente a cuya eventual implementación se deberán readecuar los criterios de estimación y proyección para el desarrollo de la oferta de servicios de salud.
- La planificación de inversiones en el segundo y tercer nivel de atención, para el cual se propone la formulación de una metodología complementaria.
- El análisis de la problemática de dotación y adecuada distribución de recursos humanos en salud, elemento relevante que requiere una estrategia propia y que está vinculada con la generación de condiciones atractivas y sostenibles en los ámbitos económico, profesional y de clima organizacional, así como la selección adecuada del personal.
- El problema de acceso a servicios de salud debido a barreras socioculturales para la atención en centros de salud, tales como el uso de medicina no tradicional, uso de farmacias, u otros.

8. Delimitación

8.1 Delimitación espacial

El presente trabajo se ha desarrollado en la ciudad de Lima y en la ciudad de Huaraz, departamento de Ancash, para ser aplicado a las 29 redes asistenciales de EsSalud.

8.2 Delimitación temporal

El estudio se ha llevado a cabo entre los meses de octubre de 2016 y marzo de 2017. Se ha utilizado información correspondiente al periodo 2000 al 2016, de acuerdo a su disponibilidad institucional.

8.3 Delimitación social

La población base de la investigación es la población asegurada de EsSalud, la que vendría a ser la población beneficiaria. Durante el desarrollo del presente trabajo se han establecido relaciones sociales con médicos conformantes del sistema de salud y personal de planificación de diversas redes asistenciales de EsSalud.

8.4 Delimitación teórica

Se ha realizado la revisión y el análisis de las bases teóricas de los sistemas de salud y la organización de servicios de salud, así como de las inversiones aplicadas al sector Salud. Se ha procurado contextualizar la propuesta en el marco político y normativo internacional, nacional e institucional (EsSalud).

En cuanto al análisis de la situación actual del Seguro Social de Salud y el acceso a los servicios de salud, la percepción de los usuarios, la situación de la oferta instalada de la institución y su producción, se ha recurrido a las estadísticas institucionales, destacando como fuente la encuesta a nivel nacional contratada por EsSalud en el año 2015 y encargada al consorcio Instituto Cuanto y Prisma, lo que permitió contribuir a establecer un diagnóstico más preciso del acceso a los servicios de salud de la población asegurada.

9. Limitaciones

La limitación radica, principalmente, en la escasa bibliografía y difícil extrapolación de los estándares para la configuración de redes de servicios y dimensionamiento de las IPRESS. Por ello se ha recurrido al uso de estándares normativos vigentes. Cabe señalar que el Perú reúne características irreproducibles en la mayoría de países, con relación a la complejidad de su territorio, producto de la cual existe un porcentaje significativo de población dispersa, lo cual se constituye en un desafío que trasciende el redimensionamiento de la infraestructura bajo el modelo actual.

Capítulo II. Marco referencial teórico y normativo

1. Sistemas de salud mixtos y el modelo de seguridad social en salud

Un sistema de salud es la combinación de recursos, organización, financiamiento y administración que culmina en la entrega de servicios de salud a la población (Roemer, 1993). La Organización Mundial de la Salud, sin embargo, redefinió el propósito principal de un sistema de salud como todas las actividades cuyo propósito primario es promover, restablecer y mantener la salud (OMS, 2000).

El quehacer principal de un sistema de salud está orientado a brindar servicios de salud individual y colectiva. No obstante que un sistema de salud sea abierto, ya que recibe gran influencia de otros sectores no vinculados directamente con los servicios de salud, sus funciones principales son la rectoría, la provisión de servicios de salud, la gestión de recursos, y el financiamiento (Banco Mundial, 2007).

Existen diferentes tipos de sistemas de salud, entre los cuales destaca el modelo bismarkiano de seguridad social, en el que los integrantes de la familia tienen derecho a un conjunto de prestaciones de salud, sociales y económicas, siendo uno de ellos el titular y los demás, derechohabientes (Roemer, 1993). Este modelo convive en muchos países como un subsistema de salud cuya cobertura es variable según el nivel de empleo formal existente, bajo un modelo denominado «pluralismo estructurado» en el que también se desarrollan los seguros subsidiados para población pobre y/o vulnerable, los subsectores especiales del sector militar-policial, así como el sector privado lucrativo y no lucrativo (Frenk & Londoño, 1997).

Este pluralismo estructurado viene evolucionando apoyado por las políticas supranacionales de «aseguramiento universal» y «cobertura universal en salud» promovidas por la Organización Mundial de la Salud (Ministerio de Salud, 2013). El Seguro Social de Salud – EsSalud, representa el modelo bismarkiano en el Perú y convive con otros subsistemas de salud (Centrángolo, Bertranou, Casanova, & Casalí, 2013).

2. El modelo prestacional: las redes de servicios de salud y los niveles de atención

La organización de los servicios de salud en redes tiene su primer antecedente en el Informe Dawson, a partir del cual dicho planteamiento ha ido evolucionando hasta lo que hoy llamamos «redes integradas de servicios de salud» o «redes integradas de atención primaria en salud» (Dawson de Penn, 1920).

Las redes integradas de servicios de salud se conciben como «Una red de organizaciones que presta, o hace arreglos para prestar servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población que atiende» (OPS/OMS, 2010).

El funcionamiento adecuado de la red de servicios de salud implica la interacción de los niveles de complejidad para la derivación de los casos en ambos sentidos, garantizando la continuidad de la atención (Agranoff & Lindsay, 1983). Para que la organización de las redes de atención en salud sea realizada de forma efectiva, eficiente y con calidad, tiene que estructurarse con base en los siguientes fundamentos: economía de escala, disponibilidad de recursos, calidad y acceso; integración horizontal y vertical; procesos de sustitución; territorios sanitarios, y niveles de atención (Aletras, Jones, & Sheldon, 1997).

Las redes de atención en salud, en otras palabras, pueden ser organizadas en modelos productivos híbridos que combinan la concentración de ciertos servicios con la dispersión de otros. Generalmente, los servicios de menor densidad tecnológica, como los de atención primaria en salud (APS), deben ser dispersos; al contrario de los servicios de mayor densidad tecnológica, como hospitales, unidades de procesamiento de exámenes de patología clínica, equipamientos de imagen etc., que tienden a ser concentrados. Los servicios de salud se estructuran en una red de puntos de atención de salud, compuesta por equipamientos de diferentes densidades tecnológicas que deben ser distribuidos, espacialmente, de forma óptima (Mendes, 2011).

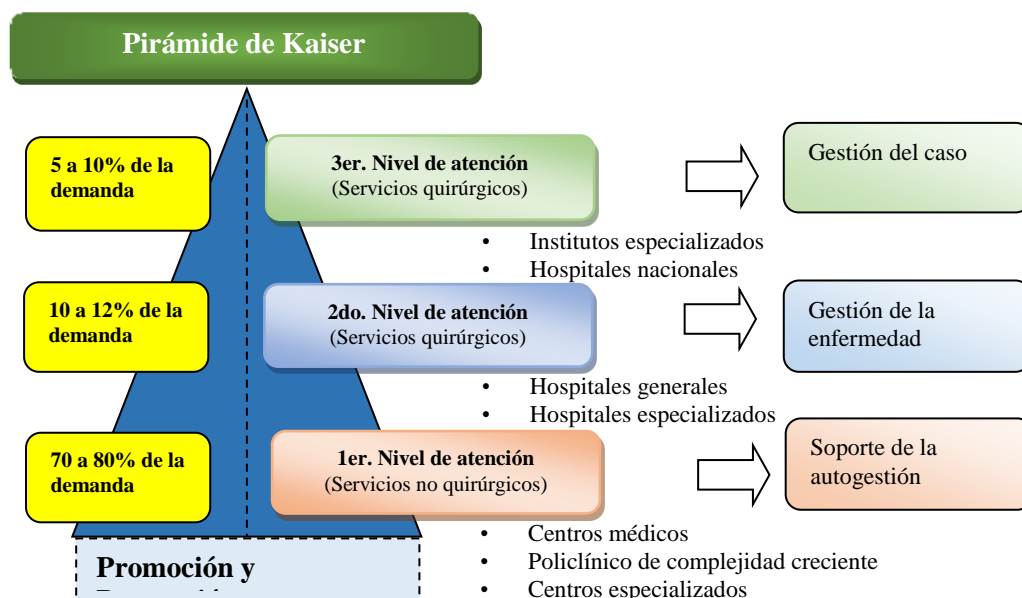
Según la Organización Mundial de la Salud, las redes de atención primaria cercana al usuario, requieren ser organizadas como distritos de salud o redes de área local con respaldo de servicios especializados y hospitalarios, responsables de poblaciones definidas (OPS/OMS, 2010).

La conformación de las redes de salud por niveles de atención toma el modelo poblacional de Kaiser permanente, que establece tres niveles de intervención según el nivel de complejidad del paciente, lo que permite una gestión más eficiente de los recursos sanitarios (Consejería de Sanidad de Madrid, 2013). Así distinguimos:

- Nivel 1. Pacientes saludables y/o en estadios incipientes de enfermedad.
- Nivel 2. Pacientes de mayor riesgo.
- Nivel 3. Pacientes de mayor complejidad

La pirámide de Kaiser representa un referente para la distribución de las atenciones en salud. El gráfico 1 ilustra la pirámide de Kaiser y sus niveles, así como el porcentaje esperado de la demanda que debe ser cubierta por cada nivel de acuerdo a dicho modelo.

Gráfico 1. Pirámide de Kaiser con niveles de atención y demanda referencial



Fuente: Elaboración propia, 2017.

Una red de servicios de salud en EsSalud tiene como modelo referencial la siguiente configuración (gráfico 2), donde se aprecian las referencias de nivel de atención inferior a superior. La base del sistema es el primer nivel de atención, aunque en la actualidad, como se verá posteriormente, una proporción significativa de asegurados se encuentran adscritos al segundo nivel de atención.

Gráfico 2. Esquema de una red asistencial de EsSalud por niveles de atención



Fuente: Elaboración propia, 2017.

3. El acceso a los servicios de salud y sus barreras

Según Germán Fajardo: «La Asamblea Mundial de la Salud ha exhortado a los países a que promuevan la disponibilidad y el acceso universal a los bienes y servicios esenciales para la salud y el bienestar, con especial énfasis en la equidad». De manera consistente, el Instituto de Medicina de los Estados Unidos de Norte América (IOM, por sus siglas en inglés) cita los tres elementos principales para las instituciones prestadoras de servicios de salud, particularmente en el ámbito del sector público: el acceso, la calidad y los costos. En este sentido, resulta relevante definir el concepto de acceso, en relación con los servicios de salud y mediante la consideración de estos tres elementos (Fajardo-Dolci, Gutiérrez, & García-Saisó, 2015).

Se considera que el concepto de acceso debe abordarse, cuando menos, en cuatro dimensiones: disponibilidad, capacidad de respuesta, barreras de acceso y resultados en materia de salud (OPS/OMS, 2010).

Las barreras geográficas son una forma de exclusión de las personas, expresada en la dificultad que tienen para acceder en forma oportuna y adecuada a los servicios de salud. Entre las barreras se tienen: a). Dificultades propias de la localización de un pueblo; b). Carencia de vías de comunicación adecuadas; c). Distribución física de los servicios de salud (Consortio de Investigación Económica y Social - CIES, 2007).

Eyzaguirre (2007) indica que: «Un aspecto importante de la exclusión corresponde al ámbito de las condiciones sociodemográficas que caracterizan a la población regional, como su alta dispersión geográfica —especialmente en las zonas rurales de sierra y selva—, que se traduce en inaccesibilidad de los servicios de salud debido a la escasez de medios de transporte y de comunicación (Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, El Salvador y Perú)» (Consortio de Investigación Económica y Social - CIES, 2007). Estos aspectos pueden ser considerados como «barreras geográficas» que agudizan dos de los principales problemas en la atención de la salud: el escaso acceso a los servicios pertinentes y la limitada capacidad de resolución de las instituciones a las cuales estos grupos pueden recurrir, dada su precariedad presupuestaria y de infraestructura, o su mala distribución geográfica. «El limitado acceso a los servicios de salud fue mayoritariamente considerado como el principal problema que afecta a países como Bolivia, Chile, Colombia, Guatemala, Panamá, Paraguay, Perú y República Dominicana, en tanto que para Argentina ocupa el segundo lugar en orden de importancia» (Comisión Económica para América Latina y el Caribe - CEPAL, 2006).

4. La planificación y gestión de infraestructura

Según Marianela Armijo (2009): «A partir de un diagnóstico de la situación actual (a través del análisis de brechas institucionales), la planificación estratégica establece cuáles son las acciones que se tomarán para llegar a un “futuro deseado”, el cual puede estar referido al mediano o largo plazo». Así mismo, señala que el uso de la planificación estratégica en el ámbito público se concibe como una herramienta imprescindible para la identificación de prioridades y asignación de recursos en un contexto de cambios y altas exigencias por avanzar hacia una gestión comprometida con los resultados (Armijo, 2009).

Cornejo E. (2010) define la infraestructura básica, como: «La que tiene que ver con los procesos fundamentales del desarrollo económico y social de un país, es decir, no solo con el crecimiento de la riqueza material, sino también de la que tiene que ver con la gente, con la superación de los problemas de pobreza y desigualdad. La infraestructura básica es, además, requisito fundamental para avanzar en el Índice de Desarrollo Humano (IDH) y en el índice de competitividad». Dentro de la infraestructura básica de un país, se ubica la llamada infraestructura social, que es aquella vinculada a los servicios públicos para el desarrollo social, dentro del cual destaca los servicios de salud, educativos, etc. En sus conclusiones sostienen que, para disminuir las desigualdades regionales, entre crecimiento y productividad se deben tener en cuenta algunos factores como: la disponibilidad de recursos naturales, los recursos humanos, la formación de capital, la educación, la legislación y la infraestructura. Destaca, entonces, que la infraestructura es importante, pero no el único factor relevante para asegurar el desarrollo de los países (Cornejo Ramírez, 2010).

Para realizar una buena gestión de infraestructura se requiere, entre otros, un enfoque integral y de largo plazo, así como ubicarla en el marco de una política integral de desarrollo. Estas condiciones son particularmente importantes para los servicios de salud, los cuales deben ser concebidos como un servicio público accesible y cercano. El enfoque territorial de la infraestructura en salud es fundamental para su abordaje integral, por lo cual se recomienda tomar en cuenta la planificación de desarrollo urbano para su realización (Supreme Council of Health of Qatar, 2014).

5. Priorización de necesidades de inversión

La priorización de las necesidades de inversión, dentro de una planificación de inversiones, donde los recursos económicos son escasos, se vuelve un tema sensible e importante, pues se debe asignar esos recursos a una diversidad de posibilidades de inversión para llegar al objetivo deseado por la institución.

Según Pacheco J. y Contreras E. (2008), la comparación entre las alternativas y la inherente necesidad de realizar mediciones bajo criterios adecuados, son la base de un proceso de decisión. Con respecto al análisis de decisiones de inversión, es conveniente incluir los criterios económicos, como el VAN, pero, además, otros criterios o variables intangibles imposibles de cuantificar con mediciones tradicionales, tales como los aspectos políticos, sociales o ambientales. Es necesaria una escala para determinar cuán más preferible es una alternativa sobre otra. En síntesis, frente a un conjunto de proyectos necesarios, el análisis del VAN puede ser complementado con otros criterios como la contribución a la estrategia general de la organización, la complementariedad con otras inversiones en marcha, y en especial para proyectos públicos, los aspectos ambientales y la redistribución. Si se desea tener una herramienta eficaz y eficiente que apoye las decisiones, es de importancia contar con la mayor cantidad de elementos de análisis y utilizar el proceso más adecuado para ello (Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y social - ILPES, 2008).

En relación con este método, Foppiano G. (2013), hace referencia a las contribuciones de Krajewski y Ritzman, Schroeder, quienes presentan métodos basados en un análisis subjetivo y ponderado que califica cada uno de los factores de las diferentes alternativas, y que tiene la ventaja de que se puede incluir en la lista de factores, no solo los económicamente costeados, sino también los factores cualitativos (Foppiano Rabinovich, 2013). La experiencia de los proyectistas ayudará a reducir la subjetividad que pudiera darse al utilizar la metodología de priorización.

6. Marco normativo internacional

La Constitución de la OMS afirma que: «El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr, es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano». Así mismo, precisa que: «El derecho a la salud incluye el acceso oportuno, aceptable y asequible a servicios de atención de salud de calidad suficiente y que la cobertura sanitaria universal es un medio adecuado para promover el derecho a la salud» (Organización Mundial de la Salud - OMS, 2007). La OMS cita algunos elementos para conseguir el acceso al derecho a la salud, entre los que se encuentran la disponibilidad, la accesibilidad y la calidad.

Con relación a lo anterior y de acuerdo con los Objetivos de Desarrollo Sostenible, la salud ocupa un lugar fundamental, y en su art 3.º se precisa: «Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades [...] La mayoría de los ODS están relacionados directamente con la salud [...]». La Agenda de los ODS mantiene algunas prioridades de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, como la erradicación de la pobreza, la salud, la educación, etcétera (ONU, 2015).

7. Marco normativo nacional

7.1 Derecho a la salud y rectoría en salud

La Constitución Política del Perú de 1993, en su capítulo II, de los derechos sociales y económicos, se establece lo siguiente:

«Artículo 7.º.- Todos tienen derecho a la protección de su salud [...]».

«Artículo 9.º.- El Estado determina la Política Nacional de Salud [...]».

«Artículo 10.º.- El Estado reconoce el derecho universal y progresivo de toda persona a la seguridad social [...]».

«Artículo 11.º.- El Estado garantiza el libre acceso a prestaciones de salud [...]»

El Acuerdo Nacional, en su pronunciamiento del 9 de octubre de 2014, en cuanto a los objetivos de la reforma de salud, suscribe lo siguiente, entre otros principios:

- Con relación al ser humano como fin de la reforma de salud, integralidad de la atención y participación: reafirma que la salud y seguridad social son derechos fundamentales para el desarrollo humano y la igualdad de oportunidades que generen las condiciones para una vida digna y plena; el cuidado y la atención pública en salud serán integrales, solidarios, equitativos, oportunos, con gratuidad en el punto de entrega, de calidad, de fácil acceso y adecuados a las características del ciclo de vida de la población. Todas las políticas públicas deben ser saludables y respaldar una estrategia de atención primaria en salud.
- Con relación al cierre de brechas en el acceso a la salud y a la seguridad social en salud: es una prioridad de la política pública; fomenta el rol complementario del sector privado y garantiza el acceso universal al primer nivel de atención de manera integral, equitativa, efectiva, eficiente, con redes integradas de atención primaria en salud.
- Con relación a los factores críticos a atender: comprende el establecimiento de la magnitud real de las brechas en infraestructura y equipamiento del sistema nacional de salud, así como desde el punto de vista financiero, eliminar progresivamente las barreras económicas como motivo de exclusión al derecho a la salud, y lograr la reducción gradual del gasto de bolsillo.

El Decreto Legislativo 1161 que aprueba la organización y funciones del MINSA, define al sector Salud como aquel que está conformado por el Ministerio de Salud, como organismo rector de las entidades adscritas a él y de aquellas instituciones públicas y privadas que realizan actividades vinculadas a las competencias del Ministerio de Salud, como lo es EsSalud.

7.2 Creación y organización de EsSalud

Mediante Ley 26790 de fecha 15 de mayo de 1997, se establece la Modernización de la Seguridad Social, cuyo reglamento fue aprobado por Decreto Supremo 009-97-SA.

La Ley 27056 del 30 de enero de 1999, crea el Seguro Social de Salud como un organismo público descentralizado, con personería jurídica de derecho público interno, adscrito al sector Trabajo y Promoción Social, con autonomía técnica, administrativa, económica, financiera presupuestal y contable. Asimismo, la citada ley establece la finalidad de dar cobertura a los asegurados y a sus derechohabientes, mediante el otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, prestaciones económicas y prestaciones sociales que corresponden al régimen contributivo de la seguridad social en salud, así como de otros seguros de riesgos humanos.

Este organismo está vinculado con varias instituciones del sector público de diferentes maneras. En primer lugar, depende orgánicamente del Ministerio de Trabajo, dado que es un organismo adscrito a esta institución. En segundo lugar, se articula con el Ministerio de Salud, debido a que esta es la institución encargada de elaborar los lineamientos técnicos generales del sector Salud. Por último, EsSalud está vinculado con el Ministerio de Economía y Finanzas porque este autoriza el presupuesto de EsSalud a través del Fondo Nacional de Financiamiento de la Actividad Empresarial del Estado (FONAFE).

7.3 Categorías de establecimientos de salud o instituciones prestadoras de servicios de salud (IPRESS)

La norma técnica de salud (NTS) 021-MINSA/DGSP-v.03 «Categorías de establecimientos del sector Salud» establece los niveles de atención (primer, segundo y tercer nivel) y clasifica a los establecimientos de salud en el país, ahora denominadas IPRESS. Asimismo, establece qué unidades productoras de servicios de salud (UPSS) corresponden a cada categoría de establecimiento.

En EsSalud, la directiva 018-GG-ESSALUD-2013 «Definición, características y funciones generales de los establecimientos de EsSalud», precisa las equivalencias de la clasificación de los establecimientos con la NTS 021.

De acuerdo con dicha norma institucional, los establecimientos de salud del primer nivel de atención de EsSalud a quienes corresponde tener población asignada son los centros médicos y los policlínicos de complejidad creciente.

Los centros médicos son IPRESS del primer nivel de atención, con población asignada, sin internamiento, que brindan atención integral intramural y extramural mínimo seis horas diarias, desarrollando actividades de promoción de la salud, prevención de los riesgos y daños, recuperativa y de rehabilitación en el contexto de la persona, familia y comunidad. Cuentan con capacidad resolutive para satisfacer las necesidades de salud más frecuentes y de menor complejidad. Ver cartera de servicios en el anexo 1.

Los policlínicos de complejidad creciente son IPRESS del primer nivel de atención, con población asignada, sin internamiento, que brindan atención integral de salud intramural y extramural como mínimo doce horas diarias a través del desarrollo de actividades de promoción de la salud, prevención de los riesgos y daños, recuperativa y de rehabilitación en el contexto de persona, familia y comunidad, y cuya capacidad resolutive responde en forma dinámica a la necesidad de la demanda, con atención especializada en forma periódica. Ver cartera de servicios en el anexo 1.

7.4 Normatividad de inversiones en salud

El Decreto Legislativo 1157 y su reglamento, el Decreto Supremo 024-2016-SA, aprueban y desarrollan la normativa para la «modernización de la gestión de la inversión pública en salud», definiendo los criterios orientadores para la expansión y sostenimiento de la oferta en salud, entre los cuales destaca que:

- Las decisiones de inversión pública están orientadas por los objetivos de la política nacional de salud, establecidos por el Ministerio de Salud.
- La gestión de la oferta pública de servicios de salud se inicia con las decisiones de ubicación de los servicios de salud en un territorio, a partir de las brechas de atención en salud, y son expresadas en una cartera de servicios de salud del territorio.
- La política nacional de salud prioriza el fortalecimiento de establecimientos de salud estratégicos y de las redes integradas en salud.
- Las decisiones de expansión y sostenimiento de la oferta pública de servicios de salud en un territorio determinado, consideran la oferta pública instalada y privilegia el intercambio y/o la complementariedad de servicios de salud entre los distintos subsectores.

El Decreto Legislativo 1252 que aprueba el Sistema nacional de Programación Multianual y Gestión de Inversiones, ha reformulado la normatividad de la inversión pública. El poder ejecutivo creó este sistema, conocido como Invierte.pe y derogó la Ley del Sistema Nacional de Inversión Pública (SNIP). El objetivo principal de este nuevo marco normativo es el cierre de brechas de infraestructura o de acceso a servicios públicos para la población; así mismo, señala que la inversión debe generar un impacto social. En líneas generales, sus principales diferencias con el SNIP son las siguientes (*Gestión*, 2016):

- Identifica y prioriza proyectos que cierran brechas sociales y económicas.
- Es más rápido, pues tiene menos procesos: un solo proceso con la Unidad Formuladora del MEF.
- Será ágil, pues fortalece la fase inicial en la formulación y evaluación para la aprobación.
- Tendrá un solo documento para aprobación.
- Habrá menos tiempo para aprobación de proyectos debido a que la programación se enmarca en tres sistemas simultáneos: planeamiento, inversiones y presupuesto.
- Habrá una programación multianual de proyectos.
- Se promueve la transparencia, pues la información será pública y en paralelo con el sistema integrado de administración financiera (SIAF), el sistema electrónico de contrataciones del estado (SEACE) y el sistema de información de obras públicas (Infobras).
- Permite el seguimiento financiero y físico en tiempo real en los cuatro sistemas.

Así mismo, mediante Decreto Supremo 027-2017-EF se aprobó el Reglamento de la Ley 1252 con fecha 22 de febrero de 2017.

Milton von Hesse (2016), resalta que, en el nuevo contexto normativo, «[...]las entidades nacionales y subnacionales deben identificar, primero, cuáles son las necesidades de la población (“brechas” en el argot económico) y luego construir la cartera de proyectos que garantice el acceso a servicios básicos de la población (agua y saneamiento, salud, educación, entre otros)» (*El Comercio*, 2016).

La Resolución de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud 187-ESSALUD-2014, aprueba el plan general de salud 2015-2021 de EsSalud, que considera entre sus políticas sanitarias:

- Mejorar el acceso a los servicios o prestaciones sanitarias.
- Fortalecer la capacidad resolutoria del primer nivel de atención.
- Fortalecer los principios de solidaridad, integralidad, equidad.

7.5 Organización de la provisión de servicios de salud

La NTS 021-MINSA/GDGSP-V.01, establece que el primer nivel de atención debe dar cobertura del 70 al 80% de la demanda del sistema de salud; en el segundo nivel de atención del 12 al 22%, y en el tercer nivel del 5 al 10%. De acuerdo a lo indicado en la precitada norma técnica de salud, la prestación de atenciones de consultas médicas debería resolverse en el primer nivel de atención, es decir, debería cubrir como mínimo el 70% de la demanda.

El Decreto Legislativo 1166, aprueba la conformación y funcionamiento de las redes integradas de atención primaria de salud. Esta norma brinda el marco para que los distintos subsectores armonicen sus carteras de servicios y bajo la orientación y coordinación de una unidad de gestión territorial en salud a cargo del Ministerio de Salud, logren satisfacer las necesidades de atención de salud de la comunidad de manera armónica y complementaria.

Mediante Resolución Ministerial 167-2017/MINSA de fecha 15 de marzo de 2017, se aprobó el documento técnico «Lineamientos para la prestación de servicios de salud en las redes de servicios de salud (redes integradas de atención primaria de salud)». Dicha norma está orientada al fortalecimiento del sistema de salud para prestar servicios accesibles, equitativos, eficientes y de calidad, mediante una oferta articulada.

El Decreto Legislativo 1159, «Disposición para la implementación y desarrollo de intercambio prestacional en el sector público», establece los lineamientos para que los subsectores complementen su capacidad operativa instalada en favor de la atención de salud de sus respectivos usuarios.

7.6 Estándares de infraestructura sanitaria

La NTS 113-MINSA/DIGIEM-V.01 «Infraestructura y equipamiento de los establecimientos de salud del primer nivel de atención» regula las características de infraestructura y equipamiento que deben tener las IPRESS del primer nivel de atención en el país.

La presente norma sectorial, aprobada con Resolución de Ministerial 045-2015/MINSA, establece los criterios técnicos mínimos de diseño y dimensionamiento de la infraestructura física (ambientes, UPSS, entre otros) y del equipamiento de los establecimientos de salud del primer nivel de atención. En el anexo 2 se muestran los ambientes prestacionales que deben contar las citadas UPSS y actividades.

7.7 Estándares para el dimensionamiento de la necesidad de infraestructura en salud

La Directiva 018-GG-ESSALUD-2013 establece el rango del número de asegurados que debe tener cada tipo de IPRESS con población asignada (tabla 1). Ello incluye el número mínimo de asegurados que debe existir en un territorio para la construcción de un centro médico.

Tabla 1. Infraestructura sanitaria según población asegurada, EsSalud

Nivel de Atención	Tipo de IPRESS	Rango de población asegurada	
		Rural	Urbana
Primer nivel	Centro médico	2.000 – 9.999	5.000 – 24.999
	Policlínico de complejidad creciente	10.000 – 24.999	25.000 – 50.000

Fuente: Directiva 018-GG-ESSALUD-2013

La NTS 028-MINSA/DGSP, 2004 del MINSA considera que las poblaciones excluidas y dispersas, a las cuales les resulta difícil acceder debido a las características geográficas del lugar en el que viven, son las que se encuentran a más de tres horas del establecimiento de salud más cercano por el medio más usual de transporte. Este criterio abarca sobre todo a los pueblos indígenas, las comunidades campesinas andinas y las comunidades de habitantes desplazados por problemas de violencia social, repoblamiento o relacionados con los lugares fronterizos. El presente trabajo toma como referencia la citada versión del documento normativo, ya que posteriormente, en 2009, se actualiza incrementando de tres a cuatro las horas de distancia para considerar población excluida, lo cual, a criterio del grupo carece de sustento técnico suficiente y retrocede en cuanto a la exigencia al estado para la reducción de brechas de inequidad en salud.

8. Definiciones

Años de vida saludable perdidos (AVISA): los AVISA miden los años saludables perdidos en el futuro como resultado de la mortalidad precoz y la incidencia y duración de la discapacidad en la población. Así, los AVISA resultan de la suma de los años de vida perdidos por muerte prematura (AVP) y los años perdidos por discapacidad (AVD) que son ponderados por la gravedad de la discapacidad (Velásquez, 2009). Los AVISA sirven como un indicador compuesto que ofrece una medida integral del efecto de un proyecto sobre las poblaciones beneficiarias, expresadas a través de su impacto sobre las muertes prematuras y/o las incapacidades físicas o mentales, temporales o permanentes, que producen las enfermedades (Beltrán & Cueva, 2007).

Brecha actual por distritos: se refiere a las IPRESS adicionales a la oferta actual, que se consideran necesarias para el área de influencia de una red asistencial, tomando como unidad de análisis el distrito, en función a la población asegurada, siguiendo lo normado en la Directiva 018-GG-ESSALUD-2013.

Brecha futura por distritos: se refiere a las IPRESS adicionales a la oferta actual, que se considerarán necesarias para el área de influencia de una red asistencial en un horizonte de 10 años, tomando como unidad de análisis el distrito, en función a la población asegurada, siguiendo lo normado en la Directiva 018-GG-ESSALUD-2013.

Brecha futura por zonas geográficas: se refiere a las IPRESS adicionales a la oferta actual, que se considerarán necesarias para el área de influencia de una red asistencial en un horizonte de 10 años, tomando como unidad de análisis las zonas geográficas, en función a la población asegurada, siguiendo lo normado la Directiva 018-GG-ESSALUD-2013.

Brecha futura ampliada por zonas geográficas: se refiere a las IPRESS adicionales a la oferta actual, que se considerarán necesarias para el área de influencia de una red asistencial en un horizonte de 10 años, tomando como unidad de análisis las zonas geográficas, en función a la población asegurada, siguiendo lo normado la Directiva 018-GG-ESSALUD-2013, además, adicionando nuevas zonas geográficas a partir de distritos con población excluida en salud. La población asegurada estimada futura de dichas zonas justifica la construcción de una IPRESS. La brecha futura ampliada por zona geográfica es la brecha definitiva producto de la aplicación de la metodología.

Carga de enfermedad: se define carga de enfermedad a la medida de pérdidas de salud para cuya población representan las consecuencias mortales y no mortales de las diferentes enfermedades y lesiones. La carga de enfermedad atribuible a una enfermedad concreta se mide, por un lado, con su frecuencia y, por otro lado, a partir de las consecuencias mortales e incapacitantes que origine. Para medir la carga de enfermedad se utiliza un indicador de salud basado en años saludables perdidos (AVISA, o AVAD, o DALY en inglés) (Velásquez, 2009).

Derechohabiente: familiar directo dependiente del titular asegurado en EsSalud (cónyuge, conviviente, hijo).

Infraestructura sanitaria global: se refiere a la infraestructura y el equipamiento de una IPRESS, componente de una red asistencial.

Institución prestadora de servicios de salud (IPRESS): denominación vigente de los establecimientos de salud, de acuerdo a la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud. Puede ser pública, privada o mixta, está conformada por unidades de prestación de servicios de salud (UPSS).

Oferta de servicios de salud: se refiere al conjunto de IPRESS pertenecientes a una red asistencial seleccionada que va a ser analizada para determinar las necesidades de inversión.

Oferta actual de infraestructura: se refiere a las IPRESS que prestan servicio en el ámbito geográfico de una red asistencial.

Oferta proyectada actual por distritos: se refiere a las IPRESS necesarias actualmente, tomando como unidad de análisis el distrito, y siguiendo la Directiva 018-GG-ESSALUD-2013.

Oferta proyectada futura ampliada por zona geográfica: se refiere al total de las IPRESS que se considerarán necesarias para el área de influencia de una red asistencial, en un horizonte de 10 años, tomando como unidad de análisis las zonas geográficas, en función a la población asegurada, siguiendo lo normado en la Directiva 018-GG-ESSALUD-2013, además, adicionando nuevas zonas geográficas a partir de distritos con población excluida en salud. La población asegurada estimada futura de dichas zonas justifica la construcción de una IPRESS. La brecha futura ampliada por zona geográfica es la brecha definitiva producto de la aplicación de la metodología.

Oferta proyectada futura por distritos: se refiere a las IPRESS necesarias para el área de influencia de una red asistencial en un horizonte de 10 años, tomando como unidad de análisis el distrito, en función a la población asegurada, siguiendo lo normado en la Directiva 018-GG-ESSALUD-2013.

Oferta proyectada futura por zonas geográficas: se refiere a las IPRESS necesarias para el área de influencia de una red asistencial en un horizonte de 10 años, tomando como unidad de análisis las zonas geográficas, en función a la población asegurada, siguiendo lo normado la Directiva 018-GG-ESSALUD-2013.

Población excluida en salud: para efectos del presente estudio, se considera población asegurada excluida en salud a aquella que reside en un distrito ubicado a una distancia igual o mayor a las tres horas de la IPRESS de adscripción.

Población incluida en salud: para efectos del presente estudio, se considera población asegurada que deja de ser excluida en salud en razón de la implementación de nuevas IPRESS propias o mediante la realización de convenios para el intercambio prestacional en el primer nivel de atención.

Unidad de Prestación de Servicios de Salud (UPSS): unidad funcional mínima y suficiente para brindar una cartera de servicios de salud definida. Cuenta con estándares de infraestructura, equipamiento y recursos humanos que debe cumplir para garantizar la calidad y seguridad en la prestación de los servicios de salud.

Zona geográfica: para efectos del presente estudio, zona geográfica se refiere al agrupamiento de distritos con fines de estimación de la necesidad de oferta sanitaria.

Capítulo III. Diagnóstico situacional

1. El sistema de salud y EsSalud

El sistema de salud del Perú es fragmentado y segmentado (Alfageme, 2012). Se encuentra en un proceso de reforma hacia el aseguramiento universal. El subsector público se encuentra dividido en cinco instituciones con públicos objetivos diferenciados. Uno de los subsectores está representado por el Seguro Social de Salud (EsSalud), cuya población objetivo son los trabajadores formales del país, los pensionistas y sus derechohabientes, llámense cónyuge e hijos. Esta población representa, en la actualidad, aproximadamente el 30,6% de la población peruana (Centrángolo, Bertranou, Casanova, & Casalí, 2013).

El modelo segmentado, atribuido a la mayoría de los países latinoamericanos, incluido el Perú, es donde los diferentes sectores sociales de la población cuentan con sistemas distintos: seguridad social, seguros privados, asistencia pública para los pobres y pobres extremos (OPS/OMS, 2012). En América Latina predominan los sistemas segmentados – que atienden a grupos específicos de la población por separado – y fragmentados – que operan de manera independiente y no coordinada – coexistiendo con sistemas de seguridad social de corte bismarckiano de desarrollo limitado por el contexto laboral predominantemente informal y precario (ISAGS, 2012) (OMS/OPS, 2007).

EsSalud cuenta con una organización eminentemente centralizada, a cargo de la Presidencia Ejecutiva, las gerencias generales, y los centros nacionales. La prestación de servicios de salud está dirigida por la Gerencia Central de Operaciones y organizada en veintinueve redes asistenciales, tres de las cuales cuentan con IPRESS del más alto nivel especializado; dos se ubican en la ciudad de Lima (Almenara, Rebagliati) y una en el Callao (Sabogal). La mayoría de las redes asistenciales corresponden a la delimitación política de los departamentos, con excepción de Lima, Áncash, San Martín y Puno, los cuales tienen los cuales tienen dos redes asistenciales por características geopolíticas de sus jurisdicciones (EsSalud, 2017).

A septiembre de 2016, EsSalud tenía 10.891.889 de asegurados activos, con un 49% de titulares y un 51% de derechohabientes. La mayor proporción de asegurados se encuentra entre los 20 y 49 años de edad (45%), mientras que los menores de 20 años alcanzan un 31,9% y los mayores de 49 años un 22,6%. La población asegurada, en general, tiene un alto nivel educativo; más del 60% de los asegurados titulares tiene educación superior y, como tal, poseen medios de vida que revelan un poder adquisitivo de nivel socioeconómico mayoritariamente no pobre; sus viviendas

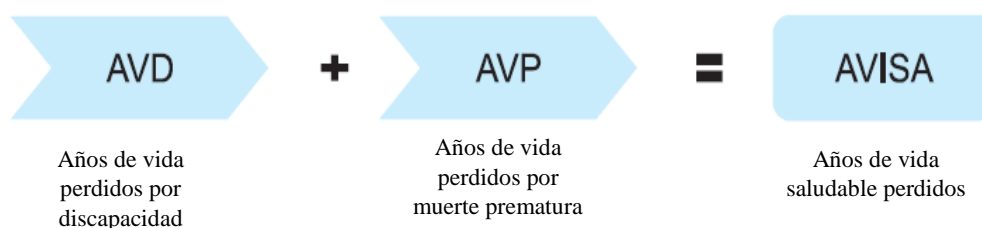
tienen acceso a servicios básicos y sin hacinamiento. No obstante, es muy importante tener en cuenta que los servicios públicos de mayor penetración en el territorio nacional, tales como los municipios, los centros educativos y los establecimientos de salud, tienen población asalariada y por tanto asegurada, lo que exige a EsSalud una presencia mucho mayor de la histórica y actual (EsSalud, 2017).

El intercambio prestacional como política es aún incipiente, ya que los servicios prestados por un proveedor distinto, pero financiados por EsSalud a nivel nacional, no alcanzan el 1% de las prestaciones actuales (EsSalud, 2016).

2. Situación de salud de los asegurados

La información más valiosa disponible que refleja la salud de los asegurados, es producto del estudio de carga de enfermedad realizado por EsSalud en 2015. Bajo esta metodología se mide las pérdidas de salud atribuibles a diferentes enfermedades y lesiones, se incluyen las pérdidas por muerte prematura y aquellas producidas por la discapacidad que originan los problemas de salud. Para ello se utilizan indicadores llamados AVISA que son, como se representa en el gráfico 3, el resultado de la suma de los años de vida perdidos por muerte prematura (AVP) y los años perdidos por discapacidad (AVD) siendo ponderados por la gravedad de la discapacidad (EsSalud, 2014).

Gráfico 3. Los años de vida saludable perdidos (AVISA) y sus componentes

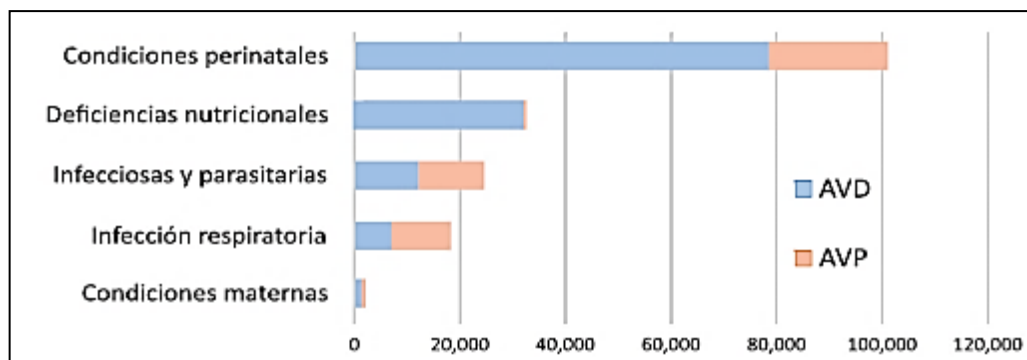


Fuente: Gerencia Central de Prestaciones de Salud-ESSALUD. «Carga de Enfermedad y Lesiones en EsSalud, Estimación de los Años de Vida Saludables Perdidos 2014»- Lima

2.1 Enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales

Según la estimación de carga de enfermedad, se han perdido 178.829 AVISA, que significa una razón de AVISA de 16,8 por mil asegurados (gráfico 4). La principal causa de carga de enfermedad fueron las condiciones perinatales, que aportaron el 56,6% del total de los AVISA de este grupo, mientras que la mayor carga estuvo dada por los años vividos con discapacidad.

Gráfico 4. Carga de morbilidad por enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales, EsSalud 2014

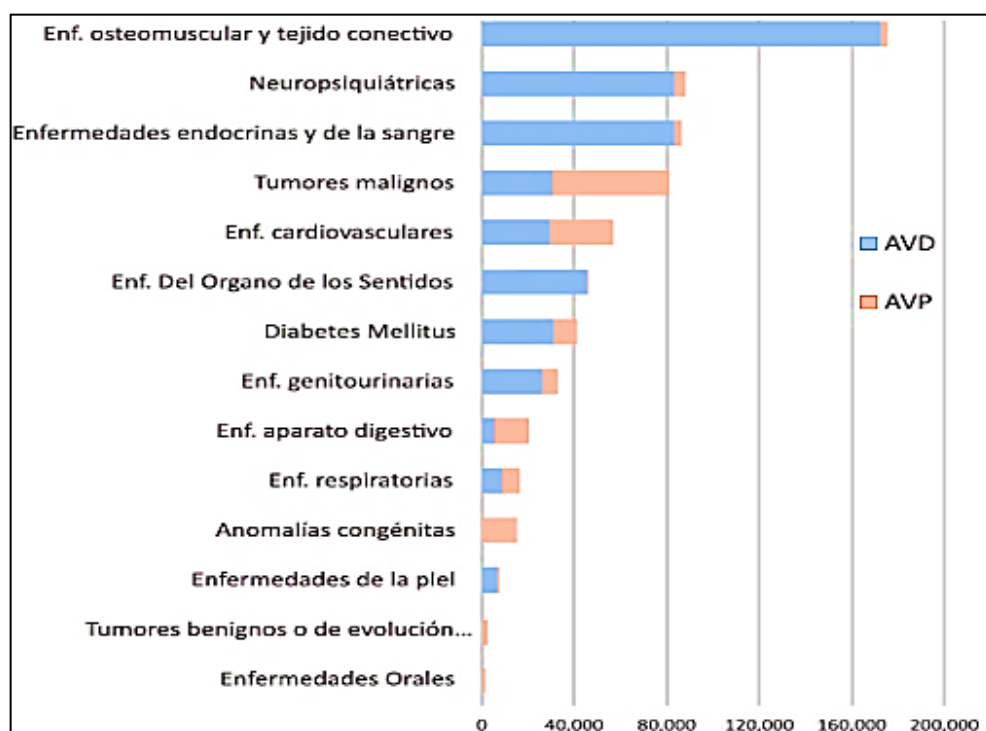


Fuente: GCPS-ESSALUD «Carga de enfermedad y lesiones en EsSalud. Estimación de los años de vida saludables perdidos 2014»

2.2 Enfermedades no transmisibles

Este grupo de enfermedad representó el 72% del total de los AVISA, con una razón de AVISA de 62,8 por 1000 asegurados. Como se evidencia en el gráfico 5, la principal causa de carga de enfermedad fueron las enfermedades osteomusculares y del tejido conectivo, que aportaron el 26,3% del total de los AVISA de este grupo; el 98% de esta carga está dada por los AVAD.

Gráfico 5. Carga de morbilidad por enfermedades no transmisibles, EsSalud 2014



Fuente: GCPS-ESSALUD «Carga de enfermedad y lesiones en EsSalud. Estimación de los años de vida saludables perdidos 2014»

3. Satisfacción de los usuarios de EsSalud

Respecto a la percepción de los asegurados sobre la atención de salud de EsSalud, el 66,1% reclama «problemas de citas»; en cuanto a los servicios, el reclamo más representativo es en Consulta Externa (53,1%), siguiéndole Admisión con el 33,3%. Casi la tercera parte de los asegurados que no son atendidos cuando refieren necesitarlo, y los que se atienden en EsSalud, prefieren hacerlo por la cercanía a su domicilio. Casi la cuarta parte de asegurados no consiguen cita en EsSalud. Cerca de la mitad de los pacientes asegurados que requieren consulta externa lo hacen en un centro hospitalario (EsSalud, 2016b).

Las personas aseguradas califican a los servicios de Consulta Externa, Hospitalización y Emergencia con una nota promedio de trece. El último año previo a la encuesta nacional socioeconómica y de acceso a la salud de los asegurados de EsSalud, solo se hospitalizó el 5% de los pacientes asegurados y, de ellos, el 35,4% lo hizo por estar cerca a su domicilio. Más de la mitad de los asegurados asocian a EsSalud con el término «espera» (EsSalud, 2016b).

El 49,1% de los asegurados no confía en EsSalud. De estos, el 82,4% atribuye dicha desconfianza a las esperas para la atención de salud (EsSalud, 2016b).

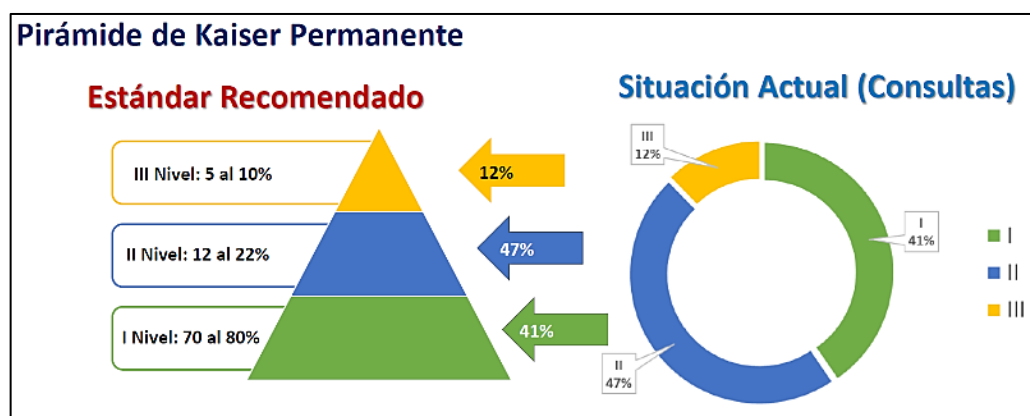
4. Acceso y oportunidad de la atención en los servicios de salud de EsSalud

Con relación a la accesibilidad a los servicios de salud, 7,2 de cada 10 asegurados que refieren malestar, se atienden; no obstante, el 32% de las atenciones fueron dadas en otro subsistema de salud. Ello refleja las barreras que, a pesar de ser datos nacionales agregados donde no notamos los extremos, es muy significativa la proporción de asegurados que no reciben los beneficios a los cuales tienen derecho. Dicho valor, al desagregarse por departamentos, provincias y distritos, se traduce en un rango muy desigual. Por ejemplo, el departamento con la situación más crítica es Huánuco, en el que el 52% de la población refiere atenderse en una IPRESS de otro subsistema (EsSalud, 2016b).

Respecto de las atenciones en salud, del total de consultas médicas, casi el 60% lo hace en IPRESS del segundo y tercer nivel de atención (gráfico 6). El 40,4% de la población asegurada se encuentra adscrita al segundo nivel de atención, es decir, a hospitales (EsSalud, 2017).

Durante los años 2014 y 2015 las consultas médicas en EsSalud se distribuyeron de la siguiente manera: el 41% en el primer nivel, el 47% en el segundo y el 12% en el tercer nivel de atención (EsSalud, 2017).

Gráfico 6. Distribución de la carga de consulta externa. EsSalud, 2014



Fuente: Elaboración propia, 2017.

Se puede observar que el segundo y tercer nivel de atención también presentan atenciones médicas que podrían darse en el primer nivel de atención. Muestra tangible de ello es la adscripción de asegurados a las IPRESS del segundo nivel de atención. Esta distribución conlleva al congestionamiento hospitalario, al hacinamiento y una deficiente calidad de atención de las IPRESS.

En cuanto a la oportunidad de la atención, existe un serio problema de demoras. Solo para el caso de consulta externa, entre el 19,3% y el 27,1% de los asegurados obtiene cita para luego de más de quince días. Por otro lado, el 22,6% de los pacientes que no recibieron atención, refiere como motivo no haber conseguido cita (EsSalud, 2016b).

Por otro lado, en cuanto a los factores que promueven que el asegurado acuda a una IPRESS de EsSalud, el 62,7% refiere hacerlo por cercanía a su domicilio (EsSalud, 2016b).

5. Condiciones de la infraestructura de los servicios de salud de EsSalud

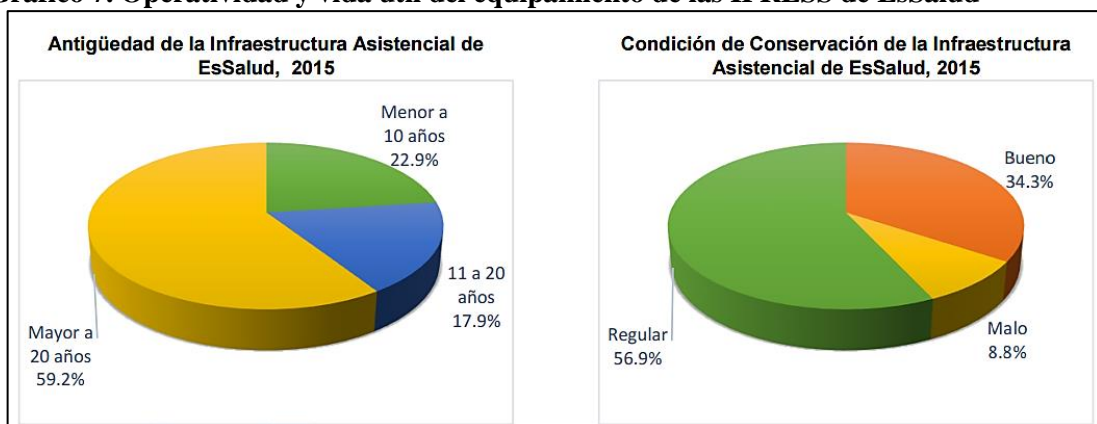
En el año 2015, EsSalud contaba con 390 IPRESS, de los cuales 300 pertenecían al primer nivel de atención, 81 al segundo y 9 al tercer nivel (tabla 2). Como se muestra en el gráfico 7, la antigüedad de la mayoría de IPRESS es mayor a 20 años y su estado de conservación regular (EsSalud, 2017).

En cuanto a la condición de la infraestructura existente, se puede mencionar, en líneas generales, que la condición de «regular» es del 56,9% y la de «malo» el 8,8%, lo cual demuestra que se requiere intervención en las edificaciones existentes. Casi el 60% de las IPRESS presentan una antigüedad mayor a 20 años. Como se muestra en el gráfico 8, solamente el 41% es propio, el resto es alquilado, por convenios, entre otros (EsSalud, 2017).

Tabla 2. Categoría de las IPRESS de EsSalud según normatividad vigente

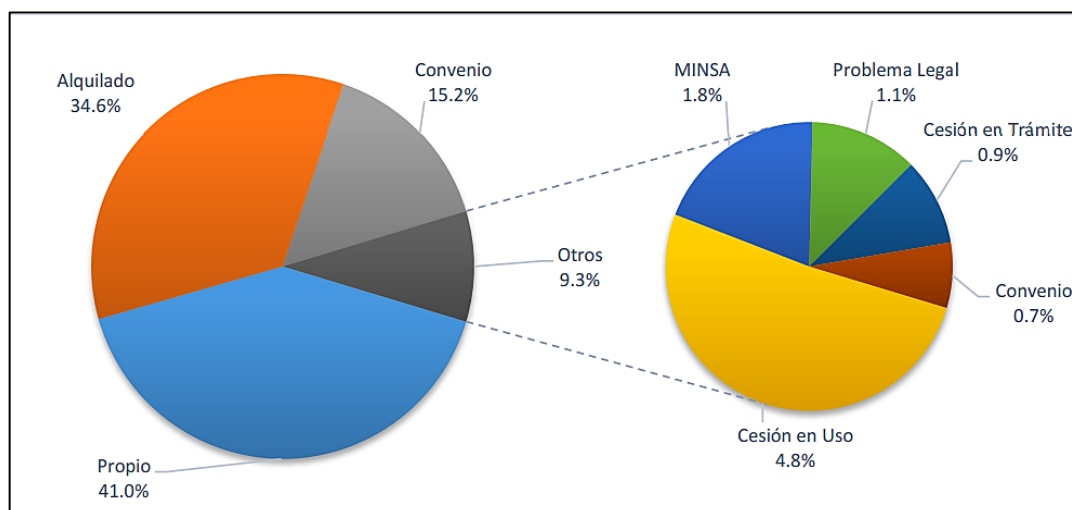
Cantidad y Equivalencias de Establecimientos de Salud			
N°	Primer Nivel de Atención	Cantidad	Primer Nivel de Atención (Según Directiva N° 018-GG-ESSALUD-2013)***
1	Posta Médica - Centro de Atención Primaria (CAP I)	148	Centro Médico (CM)
2	Centro Médico- Centro de Atención Primaria (CAP II)	87	
3	Policlínico - Centro de Atención Primaria (CAP III)	64	Policlínico de Complejidad Creciente (PCC)
N°	Segundo Nivel de Atención		Segundo Nivel de Atención
1	Hospital I	44	Hospital General (HG)
2	Hospital II	25	
3	Hospital III	9	Hospital Especializado (HE)
4	Hospital IV	2	
N°	Tercer Nivel de Atención		Tercer Nivel de Atención
1	Hospital Nacional	8	Hospital Nacional (HN)
2	Centro Especializado e Institutos Especializados	3	Instituto (I)
	Total	390	
(***) Directiva N° 018-GG-ESSALUD-2013 "Definición, Características y Funciones Generales de los Establecimientos de Salud de EsSalud"			
Fuente: Análisis Ejecutivo a Nivel Nacional. Gerencia de Gestión de la Información-Sub Gerencia de Estadística-EsSalud-2015			
Elaborado por: Sub Gerencia de Planificación de Inversiones-Gerencia de Planificación y Evaluación de Inversiones-GCPD-2016			

Gráfico 7. Operatividad y vida útil del equipamiento de las IPRESS de EsSalud



Fuente: Boletín «Análisis Ejecutivo a Nivel Nacional». Gerencia de Gestión de la Información - Subgerencia de Estadística-EsSalud-2015

Gráfico 8. Propiedades de la infraestructura asistencial. EsSalud, 2015



Fuente: Boletín «Análisis Ejecutivo a Nivel Nacional». Gerencia de Gestión de la Información - Subgerencia de Estadística-EsSalud-2015

Como parte de la oferta extra institucional, al cierre del año 2015, EsSalud contaba con unidades básicas de atención primaria (UBAP), instituciones prestadoras de servicios de salud (IPRESS), y asociación pública privada entre EsSalud y Callao Salud SAC (APP), como se muestra en la tabla 3.

Tabla 3. Oferta extrainstitucional de EsSalud

Red Asistencial	Nivel de atención	Establecimiento de Salud
Sabogal	UBAP	Los Olivos
Sabogal	POL	IPRESS Clínica Universitaria-Comas
Sabogal	POL	IPRESS Medical Image-San Martín de Porres
Sabogal	H III	H.E. Alberto leopoldo Barton Thompson (APP)
Sabogal	POL	Alberto leopoldo Barton Thompson (APP)
Rebagliati	POL	Jesús maría
Rebagliati	POL	Magdalena
Rebagliati	POL	Barranco
Rebagliati	POL	IPRESS Suiza lab-Miraflores
Rebagliati	POL	IPRESS Villa Salud-Villa El Salvador
Rebagliati	H III	H.E. Guillermo Kaelin De la Fuente (APP)
Rebagliati	POL	Guillermo Kaelin De la Fuente (APP)
Almenara	H II	IPRESS Hogar Clínica San Juan de Dios
Almenara	POL	IPRESS San Miguel Arcangel-San Juan de Lurigancho

Fuente: Boletín «Análisis Ejecutivo a Nivel Nacional». Gerencia de Gestión de la Información - Subgerencia de Estadística-EsSalud-2015

6. La planificación de inversiones en EsSalud

Los servicios de salud, tradicionalmente, se han venido estableciendo sin una planificación, buscando atender situaciones apremiantes o contingenciales, que obedecían a criterios políticos y que, por tanto, no se ha tenido una proyección de largo plazo, existiendo una discrecionalidad en los proyectos de inversión institucional (EsSalud, 2016a). A principios del 2013 se tenían 403 requerimientos de inversión distribuidos, según la naturaleza del requerimiento, niveles de atención y áreas de intervención (tabla 4).

Tabla 4. Distribución de requerimientos de inversión, según naturaleza del requerimiento, niveles de atención y áreas de intervención

Naturaleza del requerimiento	Nivel de atención	Área de intervención	
		EESS	UPSS
Mejoramiento y/o ampliación	Nivel I	185	10
	Nivel II	28	31
	Nivel III	9	29
	Subtotal	222	70
Creación	Nivel I	79	1
	Nivel II	19	8
	Nivel III	3	1
	Subtotal	101	10
TOTAL		323	80

Fuente: Subgerencia de Planificación de Inversiones - Gerencia Central de Planeamiento y Desarrollo – EsSalud (2016a)

Del total de requerimientos de inversión (493), el 68% corresponde al primer nivel, 21% al segundo y 11% al tercer nivel de atención, con lo cual se acredita que existen necesidades en el primer nivel que, al no ser atendidas, se van embalsando hasta generar malestar en la población asegurada, toda vez que existe correspondencia con la oportunidad y calidad de atención (EsSalud, 2016a).

La planificación de inversiones en EsSalud se creó orgánicamente el 31 de diciembre de 2014 con la aprobación del Reglamento de Organización y Funciones de EsSalud. A esa fecha se manejaba un listado de ideas de proyectos que consideraban desde ampliación y/o mejoramiento de ambientes, unidades prestadoras de servicios de salud (UPSS), centros asistenciales (IPRESS) y la creación de nuevas IPRESS, así como la adquisición de equipos nuevos que aumentaban los activos de la institución, no existiendo un procedimiento o una metodología con enfoque territorial que permita analizar y priorizar los requerimientos para su pase a la fase de preinversión. En el anexo 3 se muestra el organigrama del área de planificación de inversiones de EsSalud.

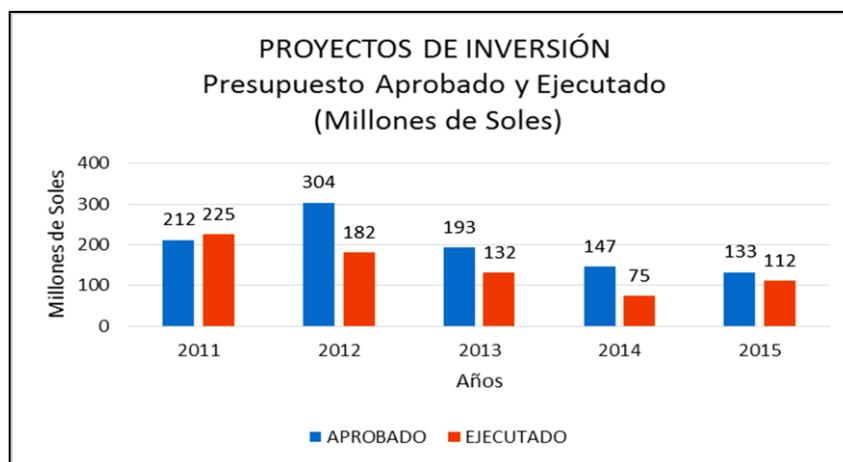
7. Gestión de inversiones en EsSalud

Con relación a las inversiones, se puede indicar que el presupuesto ejecutado en el año 2011 fue de 225 millones de soles, en el 2012 de 182 millones, en el 2013 de 132 millones, en el 2014 fue 76 millones y en el 2015 de 113 millones de soles, siendo decreciente la tendencia de los montos destinados a inversiones en los últimos cinco años (EsSalud, 2017).

El promedio del presupuesto de proyectos de inversión respecto a los ingresos de la institución en los últimos cinco años ha sido de tendencia decreciente, llegando a representar en los últimos cuatro años, el 1,5%. Por ejemplo, los 113 millones destinados para inversión en 2015, representaron el 1,2% del presupuesto institucional de 9.462 millones de soles en dicho año (EsSalud, 2017).

El gráfico 9 muestra la evolución de la ejecución presupuestal en proyectos de inversión en los últimos años, notándose la reducción progresiva tanto en la asignación, como en la ejecución.

Gráfico 9. Ejecución presupuestal de inversiones en EsSalud. Período 2011 – 2015

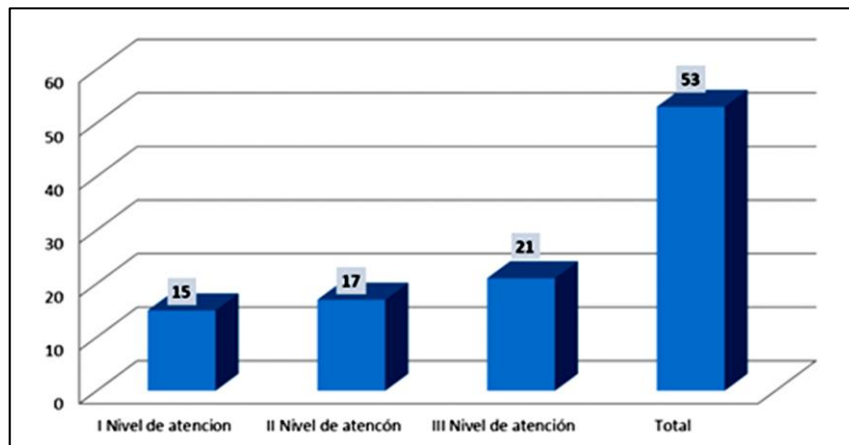


Fuente: Subgerencia de Evaluación de Inversiones – Gerencia Central de Planeamiento y Desarrollo de EsSalud. Elaboración propia, 2017.

Con relación a los proyectos de inversión realizados en los últimos años, en la fase de preinversión se han realizado 104 estudios en el periodo 2000-2014, de los cuales el 19% representa a IPRESS o UPSS relacionadas con el primer nivel de atención, mientras que entre el segundo y tercer nivel de atención (hospitalarios) representan el 71%. En tanto que, en la fase de inversión, durante el periodo 2000-2014 se construyeron 18 IPRESS de primer nivel, representando el 43%, mientras entre el segundo y tercer nivel representaron el 57% (EsSalud, 2017).

Con relación a la cantidad de proyectos viables en el periodo 2011-2017, el gráfico 10 ilustra las cantidades por niveles de atención.

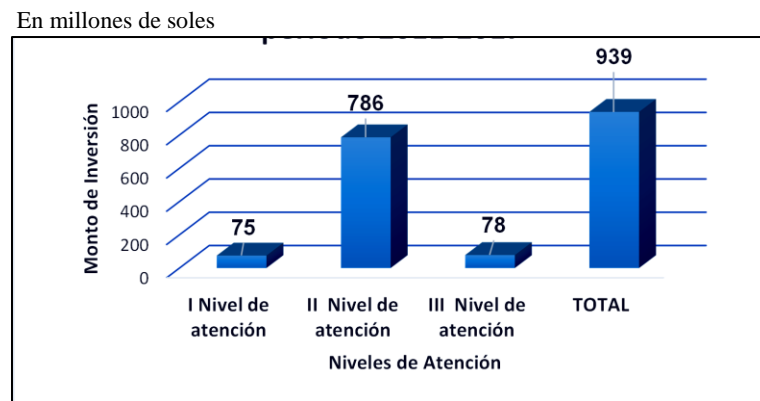
Gráfico 10. Proyectos de inversión viables. EsSalud, 2011 – 2017



Fuente: Subgerencia de Evaluación de Inversiones – Gerencia Central de Planeamiento y Desarrollo de EsSalud. Elaboración propia, 2017.

El gráfico 11 muestra los montos de inversión por niveles de atención, representando el primer nivel 8%, el segundo 84% y el tercer nivel de atención 8% respecto del total invertido en el periodo 2011-2017 (primer trimestre) que asciende a 939 millones de soles.

Gráfico 11. Montos de Inversión. EsSalud, 2011 – 2017



Fuente: Subgerencia de Evaluación de Inversiones – Gerencia Central de Planeamiento y Desarrollo de EsSalud. Elaboración propia, 2017.

La situación descrita nos lleva a plantear las siguientes afirmaciones sobre la situación actual de EsSalud, el acceso a los servicios de salud y la política de inversiones:

- La política de gestión y el modelo prestacional de EsSalud se encuentra aún orientado, principalmente, hacia la atención especializada, que corresponde al segundo y tercer nivel de atención. Ello ha originado una creciente brecha de infraestructura en el primer nivel de atención, con la subsecuente dificultad para el acceso a los servicios de salud con equidad, oportunidad y calidad.
- Los centros asistenciales, o IPRESS, sufren la falta de confianza por parte de la población asegurada. Dicho problema se asocia a la insuficiente infraestructura sanitaria en el primer nivel de atención. La barrera geográfica se constituye en un factor limitante para el acceso a los servicios de salud de la población asegurada. No obstante, dicho problema no ha sido abordado hasta la fecha, careciéndose aún de un enfoque de gestión territorial de la salud. Las inversiones son orientadas, principalmente, al segundo y tercer nivel de atención, a lo cual se añade como problema la discrecionalidad en la formulación y ejecución de proyectos de inversión, al no contar con un instrumento técnico normativo de planificación de inversiones para la infraestructura sanitaria.

Capítulo IV. Desarrollo de la propuesta

La herramienta presentada a continuación, consiste en una secuencia de pasos que permiten identificar los lugares donde se requiere incrementar la oferta sanitaria del primer nivel de atención, bajo un enfoque de gestión territorial y equidad, tomando en cuenta los parámetros institucionales en la organización de las redes de servicios de manera racional. Es necesario incrementar la oferta fija, para permitir a las poblaciones alejadas contar con una IPRESS accesible que aborde con eficacia y calidad los principales problemas de salud.

La presente metodología ha sido elaborada tomando en cuenta los principios teóricos de la planificación en salud, de la organización de redes de servicios de salud, asumiendo como principales criterios para el dimensionamiento y ubicación de las IPRESS: la cartera de servicios según estándares institucionales, la población asignada actual y proyectada, así como la accesibilidad geográfica desde las áreas pobladas a las IPRESS del primer nivel de atención, consideradas las puertas de entrada al sistema de servicios de salud.

La presente propuesta metodológica ha sido validada mediante una encuesta aplicada a expertos en inversiones de infraestructura sanitaria en el sector público (anexos 13 y 14).

1. Descripción general de la red asistencial seleccionada

La presente metodología considera las redes asistenciales vigentes y plantea que los procesos de planificación de inversiones se realicen por separado en cada red asistencial. En tal sentido, el primer paso consiste en seleccionar y describir la red asistencial con la cual se va a trabajar.

Es necesario contar con la siguiente información de la red asistencial seleccionada:

- Conformación de la red asistencial: provincias que son cubiertas por la red asistencial IPRESS que conforman la red asistencial hasta el máximo nivel de complejidad y su población asignada. Con ello se puede identificar rápidamente cuánta población asegurada está asignada fuera del primer nivel de atención.
- Número y características generales de las IPRESS de la red asistencial, así como el nivel de atención y propiedad del inmueble. Con ello se identificará la oferta ya provista en instalaciones no propias, que pasarán a convertirse en necesidad de inversión. La estimación de la necesidad de oferta fija no debe excluir aquellos distritos que ya cuentan con oferta propia o alquilada, así los cálculos numéricos lo indiquen (gráfico 12).

- Población asegurada de la red asistencial. Delimitación jurisdiccional por distritos. Centro asistencial con mayor y menor población adscrita.
- Número actualizado de asegurados de cada IPRESS existente. Se debe contar con el número de asegurados por cada distrito. Esta información servirá para los cálculos posteriores y la identificación de la necesidad de creación de IPRESS nuevas.
- Mapa de la red asistencial seleccionada, ubicando la oferta existente y la población adscrita por cada IPRESS. Ello ayudará a ubicar espacialmente la oferta existente y su área de influencia.
- Tasa de crecimiento de la población asegurada. Calcular la tasa promedio de crecimiento anual de la red asistencial en base a los últimos cinco años. Para ello, se necesita conocer la población asegurada por año, y calcular la variación porcentual de población asegurada en cada año con respecto al año anterior. Las variaciones porcentuales se promedian y se obtiene la tasa requerida. Dicho valor servirá para determinar la población proyectada futura, aplicando la tasa de crecimiento de la población asegurada de la red asistencial, a cada uno de los distritos.

2. Diagnóstico de la infraestructura del primer nivel de atención

Identificadas las IPRESS de la red asistencial, se requiere conocer las características de su infraestructura, por lo cual se pasa a describir los siguientes puntos:

- Categoría de la IPRESS según norma institucional antigua. Esta categorización permite distinguir las antiguamente denominadas postas médicas de los centros médicos, ya que con la normatividad vigente se han cambiado las denominaciones, sin haber realizado la inversión de infraestructura sanitaria correspondiente.
- Categoría de la IPRESS según norma institucional vigente.
- Categoría de IPRESS según norma técnica del MINSA.
- UPSS que posee la IPRESS.
- Condición de la propiedad del predio.
- Antigüedad de la construcción en años.
- Brecha de cumplimiento de estándares de infraestructura, mediante la aplicación de lista de chequeo elaborado tomando como referencia la NTS 113-MINSA/DIGIEM-V.01. Dicha lista de chequeo se aplica a todas las IPRESS propias, conservando la información para complementar la necesidad de inversión al listado de IPRESS a ser creadas, como producto de la aplicación de la presente propuesta metodológica. Las intervenciones serán realizadas

sobre aquellas IPRESS que, al finalizar la metodología, no se haya determinado la necesidad de construcción de una nueva IPRESS.

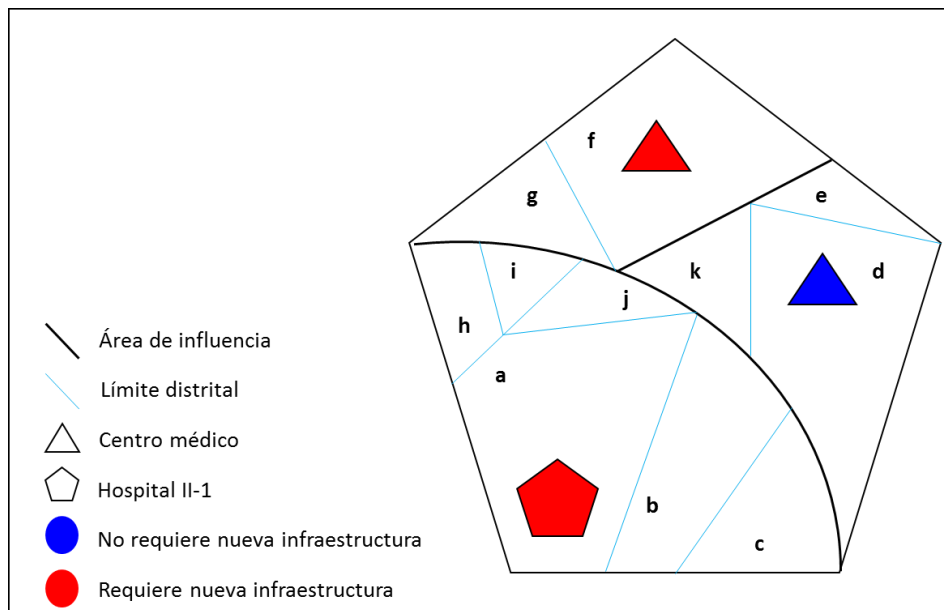
De acuerdo a los resultados obtenidos, se determinará para los casos señalados, la necesidad de inversión de la infraestructura existente, en función al déficit de UPSS. La necesidad de inversión en UPSS se determinará de la tabla 5.

Tabla 5. Valores límite para la identificación de la necesidad de inversión en UPSS del primer nivel de atención

Componente	Cumplimiento de lista de chequeo	
	Adecuado	Déficit
Infraestructura	$\geq 90\%$ NTS	$< 90\%$ NTS
Equipamiento	$\geq 90\%$ NTS	$< 90\%$ NTS

Fuente: Elaboración propia, 2016.

Gráfico 12. Esquema de la situación inicial de una red asistencial



Distritos: a, b, c, d, e, f, g, h, i, j, k

Fuente: Elaboración propia, 2017.

3. Determinación de la oferta proyectada según población actual

Habiendo identificado las IPRESS y los distritos donde se localizan, se determina la ruralidad de cada distrito, a fin de estimar la oferta necesaria para el tiempo presente, siguiendo la Directiva 018-GG-ESSALUD-2013, tomando en cuenta la población asegurada del distrito donde se ubica la IPRESS.

La ruralidad se determina utilizando la base de centros poblados de cada distrito de la red asistencial, la característica de rural o urbano consignada en dicha base, y el número de habitantes de cada centro poblado.

La unidad mínima de análisis de la configuración de la red asistencial son los distritos, por lo que se procede a convertir la ruralidad a distritos, sumando por separado la población rural y la población urbana según clasificación de los centros poblados de cada distrito, y se compara la cantidad de habitantes urbanos y rurales, asignando al distrito la clasificación de rural o urbano según la población que prevalezca.

A continuación, se realiza una búsqueda de distritos que por sí mismos cumplan con el mínimo de asegurados necesarios para la construcción de una IPRESS nueva, determinando el tipo de IPRESS que corresponda según la NTS 021-MINSA/DGSP-v.03 y la Directiva 018-GG-ESSALUD-2013 (tabla 1).

4. Proyección de la población asegurada futura

Tomando como base la población actual de asegurados por distrito y la tasa de crecimiento anual de asegurados de los últimos 5 años, se determina la población asegurada futura a 10 años para cada distrito, según se indica en la tabla 6.

Tabla 6. Cálculo de la población asegurada futura

Año 0	Año 1	Año 2	...	Año 10
a	$b = a \times (1 + m)$	$c = b \times (1 + m)$...	$l = k \times (1 + m)$

Donde:

a = población asegurada en el año cero.

b = población asegurada en el año 1.

c = población asegurada en el año 2.

k = población asegurada en el año 9.

l = población asegurada en el año 10.

m = tasa de crecimiento anual

5. Determinación de la oferta proyectada futura por distritos

Tomando la población asegurada futura, se realiza nuevamente la búsqueda de los distritos que cumplirán por sí mismos con el mínimo de asegurados necesarios para la construcción de una IPRESS nueva; se determina el tipo de IPRESS que corresponda según la NTS 021-MINSA/DGSP-v.03 y la Directiva 018-GG-ESSALUD-2013. Dicha oferta de infraestructura la conoceremos como oferta proyectada futura por distritos.

Para los casos en los cuales la IPRESS deba incrementar su capacidad, la construcción será programada en reemplazo de la existente. Para los casos en los cuales la IPRESS actual sea del segundo nivel de atención, la construcción será programada adicionalmente a dicha IPRESS.

6. Determinación de la oferta proyectada futura por zonas geográficas

Las áreas de influencia son definidas según accesibilidad distrital a las IPRESS. Para definirla, se clasifica los distritos de la red asistencial según accesibilidad a la IPRESS más cercana, tomando en cuenta la oferta proyectada futura por distritos.

En primer término, se identifican las zonas de mayor concentración poblacional de los distritos, utilizando la base actualizada de centros educativos del MINEDU¹, y se realiza un agrupamiento de los mismos en *buffers* de 1,5 km de radio, de tal manera que se determina la distancia del punto medio del *buffer* hacia la IPRESS más cercana. Se clasifican los *buffers* según accesibilidad geográfica, definiendo los siguientes tipos de *buffers*:

Tabla 7. Clasificación de áreas pobladas y/o distritos por su accesibilidad a IPRESS

Clasificación	Accesibilidad	Tiempo para llegar a IPRESS
Zona 1	Muy buena	< 1 hora
Zona 2	Buena	≥ 1 hora, < 2 horas
Zona 3	Regular	≥ 2 horas, < 3 horas
Zona 4	Inaccesibilidad	≥ 3 horas

Fuente: Elaboración propia, 2017.

La unidad mínima de análisis de la configuración de la red asistencial son los distritos; por lo que se realiza la conversión de la accesibilidad a distritos tomando el *buffer* de menor accesibilidad del distrito (tabla 7).

De esta manera, quedan definidas las áreas de influencia o jurisdicciones preliminares, y a continuación se redimensionan las IPRESS formulando la oferta proyectada futura por zonas geográficas. El mencionado redimensionamiento se realiza ya no considerando solo el distrito de cada IPRESS, sino el conjunto de distritos que conforman el área de influencia respectiva. Al realizar dicha estimación con el uso de la Directiva 018-GG-ESSALUD-2013, se obtendrá una nueva propuesta sobre la categoría de IPRESS que corresponde.

¹ Los centros educativos son las unidades de referencia por ser los servicios públicos de mayor dispersión que agrupan a población asegurada (docentes).

7. Determinación de la oferta proyectada futura ampliada por zonas geográficas

Con la finalidad de mejorar la accesibilidad de los distritos de la zona 4 (tabla 7) y, a partir de estos, se identifican posibles nuevas áreas de influencia independientes, cuya población agregada y proyectada a 10 años, justifique la construcción de una nueva IPRESS. De esta manera, se reestructura la red asistencial, actualizando las áreas de influencia preliminares y convirtiéndolas en áreas de influencia definitivas. La categoría de las IPRESS previamente definidas debe ser revisada, pudiendo sufrir modificaciones al perder población que es derivada a las nuevas jurisdicciones.

A continuación, se determina la mejor ubicación referencial de las IPRESS nuevas, tomando en cuenta las vías de comunicación y la concentración de la población asegurada. Finalmente, se determina la accesibilidad distrital a las nuevas jurisdicciones. Una vez realizado ello, queda definida la oferta proyectada futura ampliada por zonas geográficas.

8. Identificación de las IPRESS para intercambio prestacional

Los distritos que, a pesar de los pasos previos, aún permanezcan en la zona 4 o excluidas, deberán ser cubiertos por la oferta de otro subsistema, preferentemente del gobierno regional o el MINSA (GR/Minsa), por lo que se realiza la búsqueda de dicha oferta existente en la base de datos del Registro Nacional de IPRESS (RENIPRESS) de SUSALUD. Para ello, se localizan las IPRESS GR/Minsa del primer nivel de atención tipo I-3 y I-4 de cada distrito excluido, seleccionando aquellos de mayor accesibilidad y capacidad resolutive para la formulación del convenio de intercambio prestacional.

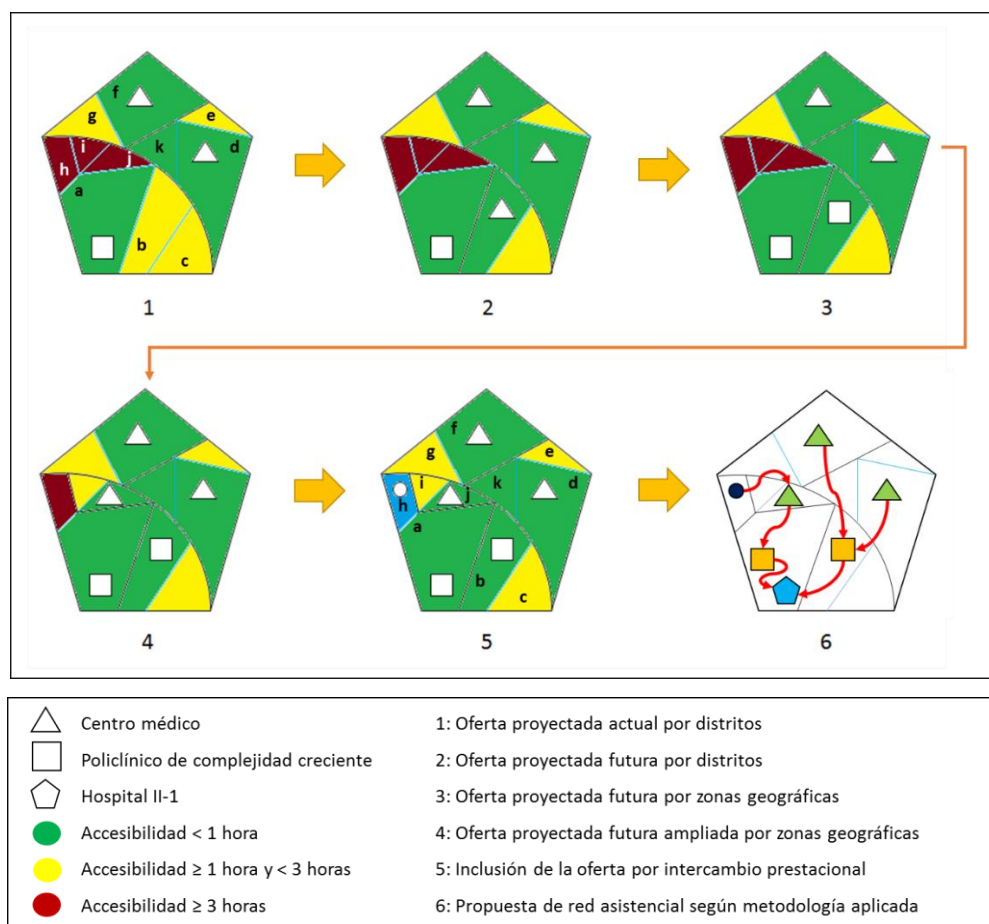
9. Determinación de la brecha futura ampliada por zonas geográficas

Ya se cuenta con las IPRESS necesarias para un horizonte de 10 años y siguiendo la Directiva 018-GG-ESSALUD-2013; se toma en cuenta la población asegurada de las áreas de influencia de cada IPRESS, y se han conformado nuevas zonas geográficas alrededor de distritos excluidos, cuya población asegurada estimada futura justifica la construcción de IPRESS.

Este paso consiste en definir las IPRESS necesarias, sin contar la oferta actual, para la conformación de la red asistencial en el futuro. La brecha futura ampliada por zonas geográficas es la brecha definitiva producto de la aplicación de la metodología. Asimismo, es en este momento en el que se agrega la inversión correspondiente al mejoramiento de la infraestructura y

equipamiento de las IPRESS, que se mantendrán en el tiempo con el mismo nivel resolutivo, mediante la aplicación de la ficha descrita en el título 2 del presente capítulo.

Gráfico 13. Esquema de la proyección de oferta de acuerdo a la secuencia metodológica



Distritos: a, b, c, d, e, f, g, h, i, j, k
Fuente: Elaboración propia, 2017.

El gráfico 13 representa la secuencia de la propuesta metodológica. El primer esquema determina la brecha a tiempo presente y tomando como unidad de análisis al distrito. A continuación, el esquema 2 representa la oferta proyectada en un horizonte de diez años, también con los distritos como unidad de análisis. El esquema 3 ya nos muestra el redimensionamiento producto de tomar como unidad de análisis a las áreas de influencia; es decir, a todos los distritos cuya población asegurada es atendida en la IPRESS. Es necesario identificar las zonas muy alejadas a las IPRESS, a quienes llamamos zonas excluidas. El esquema 4 muestra cómo se agrega IPRESS con el objetivo de resolver la inaccesibilidad de los distritos «i» y «j»; en este caso, sin lograr resolver la inaccesibilidad del distrito «h». Por ello, el esquema 5 incluye oferta que será implementada mediante intercambio prestacional. Finalmente, el esquema 6 muestra la nueva propuesta de la red asistencial.

10. Priorización de inversiones en infraestructura para el horizonte de 10 años

Con base en los aportes teóricos de Foppiano (2013), se ha diseñado la matriz de priorización descrita en la tabla 8 (ver ampliación en anexo 4).

Tabla 8. Matriz de priorización de inversiones en infraestructura sanitaria del primer nivel de atención

Ponderación	Factores	Criterios	Valoración		
30%	Política de salud	Estrategia nacional / sectorial	SÍ		NO
			5		1
		Estrategia institucional	SÍ		NO
			5		1
25%	Equidad	Reducción de brecha de infraestructura	CM		PCC
			5		4
		Inversión ejecutada en los últimos 10 años en la provincia	No	Estudio de preinversión viable	SI
			5	3	1
20%	Impacto social	Población beneficiaria del proyecto	≥ 15.000 y ≤ 50.000	≥ 5.000 y < 15.000	> 2.000 y < 5.000
			10	6	2
10%	Accesibilidad	Accesibilidad geográfica	≥ 2 y < 3 horas	≥ 1 y < 2 horas	< 1 hora
			10	6	2
10%	Localización	Tenencia de terreno apto	Propio	Alquilado	En gestión de cesión/convenio
			5	3	1
		Tipo de localidad	Urbano		Rural
			5		3
5%	Riesgos	Vulnerabilidad	Alta	Media	Baja
			10	6	2

Nota: De darse igual puntaje, se prioriza la necesidad de mayor impacto social.

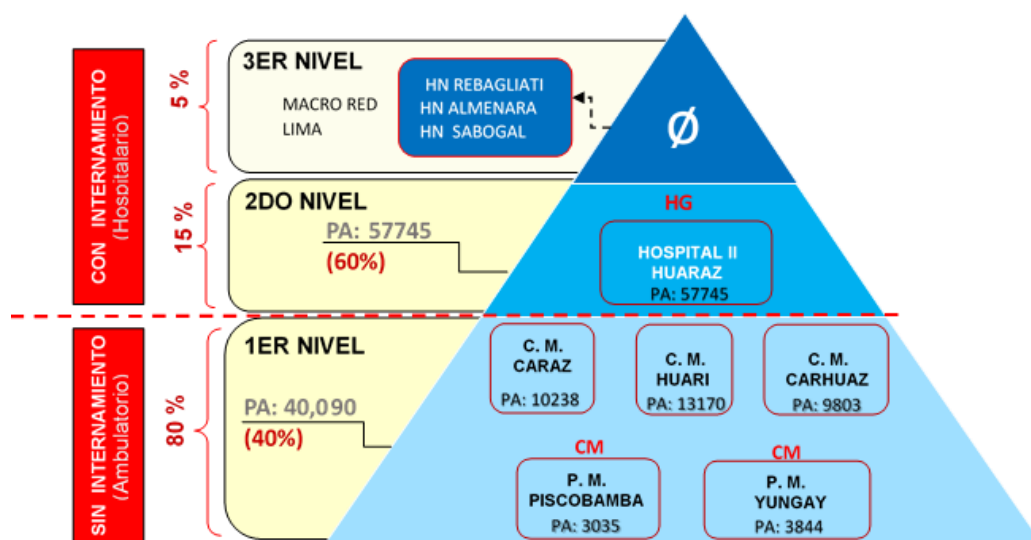
Fuente: Elaboración propia, 2017.

Capítulo V. Aplicación de la propuesta a la red asistencial Huaraz

1. Descripción general de la Red Asistencial Huaraz

La Red Asistencial Huaraz se ubica en el departamento de Áncash. Está a cargo de la atención a la población asegurada de las provincias de Corongo, Huaylas, Yungay, Carhuaz, Huaraz, Aija, Recuay, Bolognesi, Huari, Antonio Raimondi, C.F. Fitzcarrald y Mariscal Luzuriaga. Las IPRESS con población adscrita corresponden a seis (06) centros asistenciales: 01 del segundo nivel y 05 del primer nivel de atención. Son cuatro (04) centros asistenciales propios y dos (02) alquilados.

Gráfico 14. Esquema de la Red Asistencial Huaraz. EsSalud, 2016

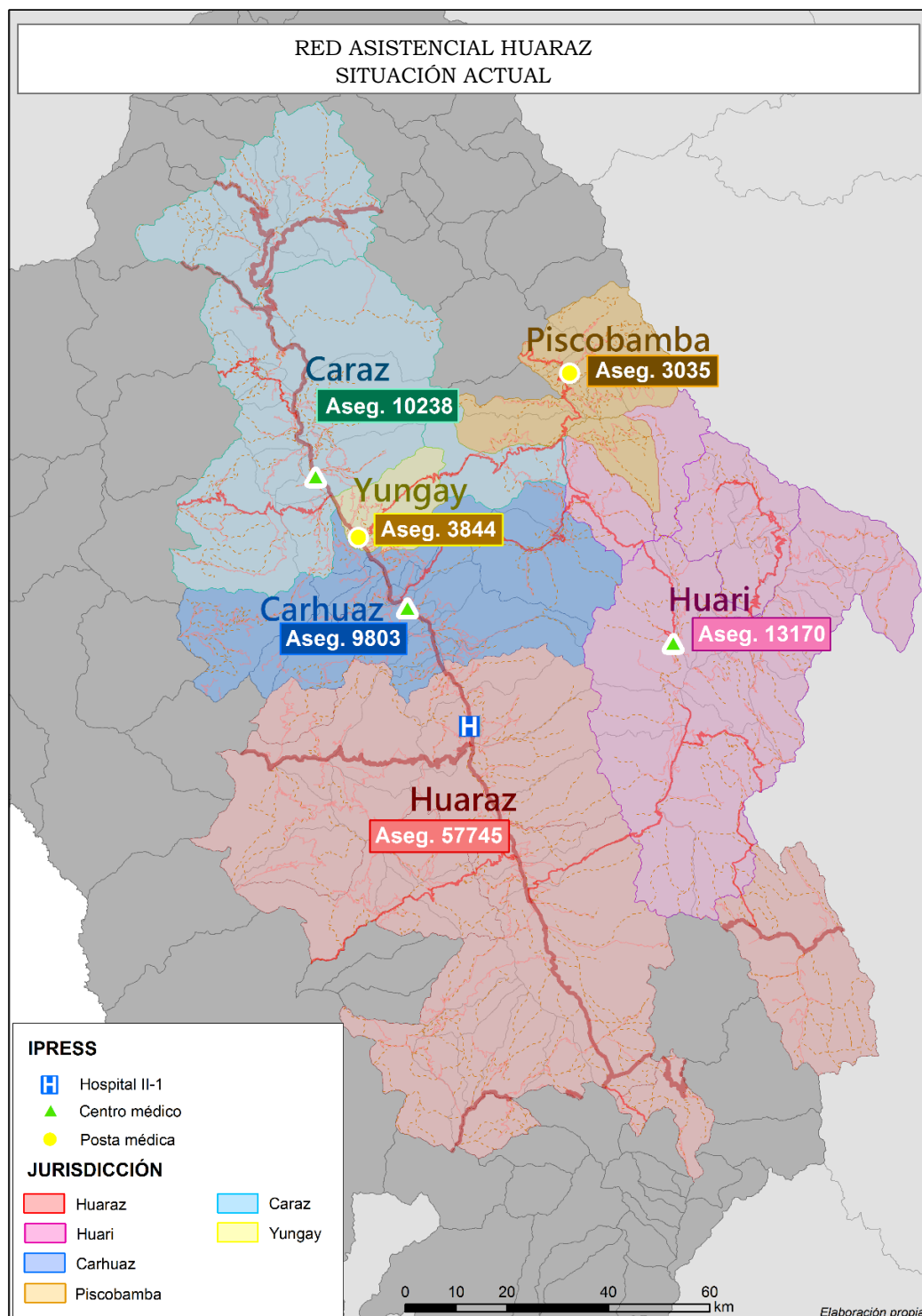


Fuente: Subgerencia de Planificación de inversiones SGPI-ESSALUD 2016. Basado en la Directiva 018-GG-ESSALUD-2013 «Definición, Características y Funciones Generales de los Establecimientos de Salud de EsSalud»

La población asegurada, a septiembre de 2016, es de 97.835, correspondiente al 0,95% de la población asegurada a nivel nacional. El 59,0% de ella (57.745 asegurados) está adscrito al Hospital II Huaraz. Dicha población debe pasar a adscribirse al primer nivel de atención. Por otro lado, el centro asistencial de menor concentración poblacional es la Posta Médica Piscobamba, con 3.035 asegurados. El gráfico 14 describe la organización de la red asistencial Huaraz y su situación en cuanto el porcentaje de la demanda por niveles de atención.

El gráfico 15 muestra el mapa de la Red Asistencial Huaraz, ubicando espacialmente las IPRESS, las áreas de influencia y las poblaciones asignadas de cada una.

Gráfico 15. Mapa de la Red Asistencial Huaraz. EsSalud, 2017



Fuente: Elaboración propia, 2017.

De acuerdo a la data histórica de la Red Asistencial Huaraz, para el periodo 2011-2016, como se detalla en la tabla 9, se estima que la tasa promedio de crecimiento anual de la Red Asistencial Huaraz es de un 4,2%.

Tabla 9. Tasa de crecimiento anual. Red asistencial Huaraz

Año	Población asegurada	Incremento anual	Tasa de crecimiento promedio anual (%)
2011	79.844		
2012	88.160	8.316	10,42
2013	91.775	3.615	4,10
2014	94.341	2.566	2,80
2015	93.299	-1.042	-1,10
2016	97.835	4.536	4,86
Promedio tasa crecimiento:			0,042

Fuente: Elaboración propia, 2017.

2. Diagnóstico de la oferta de infraestructura de la Red Asistencial Huaraz

Como se evidencia en las tablas 10 y 11, la condición de los predios evidencia de manera inmediata una primera brecha de infraestructura, correspondiente a las IPRESS de Caraz y Piscobamba que son alquiladas y que serán reemplazadas por IPRESS propias. Asimismo, la categorización antigua de las IPRESS propias evidencia otra brecha para la Posta Médica Yungay, que debe ser reemplazada por un centro médico.

Tabla 10. Información general de las IPRESS de la Red Asistencial Huaraz

N.º	IPRESS	Categorización			Población asegurada	Ubicación geográfica	
		EsSalud antigua	EsSalud vigente	MINSA		Provincia	Distrito
1	Huaraz	H - II	HG	II - 1	57.745	Huaraz	Independencia
2	Caraz	CM	CM	I - 3	10.238	Huaylas	Caraz
3	Carhuaz	CM	CM	I - 3	9.803	Carhuaz	Carhuaz
4	Huari	CM	CM	I - 3	13.170	Huari	Huari
5	Piscobamba	PM	CM	I - 2	3.035	Luzuriaga	Piscobamba
6	Yungay	PM	CM	I - 2	3.844	Yungay	Yungay

Fuente: Elaboración propia en base a información estadística de EsSalud, 2016

Tabla 11. Características de la infraestructura de las IPRESS de la Red Asistencial Huaraz

N.º	IPRESS	Infraestructura						Área construida (m²)
		Antigüedad (años)	Condición del predio	Material	Pisos	Estado general	Área terreno (m²)	
1	Huaraz	40	Propio	Noble	2	R	12.115	5.919
2	Caraz	16	Alquilado	Noble	3	B	285	736
3	Carhuaz	36	Propio	Noble	2	R	643	504
4	Huari	28	Propio	Noble	2	R	697	569
5	Piscobamba	35	Alquilado	Adobe	2	R	288	156
6	Yungay	35	Propio	Adobe	1	R	424	212

Fuente: Elaboración propia en base a información estadística de EsSalud 2016

El promedio de antigüedad de la infraestructura sanitaria que compone la Red Asistencial Huaraz es de 31,6 años, lo cual indica la necesidad de evaluar su reemplazo. No obstante, este análisis se realizará individualmente para aquellas IPRESS que, con la aplicación de la metodología, no requieran una nueva infraestructura.

3. Determinación de la oferta proyectada actual

Se identifica la ruralidad de los distritos según el procedimiento establecido (anexo 5). La tabla 12 describe la brecha de infraestructura en la situación actual.

Tabla 12. Oferta proyectada y brecha actual, por distritos. Red Asistencial Huaraz

Distrito	Ruralidad	Población asegurada 2016	IPRESS propia actual*	Oferta proyectada actual por distritos	Brecha actual por distritos
Caraz	Urbano	6.298	NO	CM	CM
Carhuaz	Rural	2.673	CM	CM	-
Huaraz	Urbano	25.648	NO	PCC	PCC
Huari**	Urbano	3.042	CM	CM	-
Independencia	Urbano	20.026	H-II	CM	CM
Piscobamba**	Rural	978	NO	CM	CM
San Marcos	Rural	2.279	NO	CM	CM
Yungay	Rural	3.496	PM	CM	CM

* Según categorización antigua EsSalud.

** Oferta existente. No se puede eliminar.

Fuente: Elaboración propia en base a información estadística de EsSalud, 2016.

En lo que va del análisis, los distritos de Caraz, Huaraz, Independencia, Huari, Piscobamba, San Marcos y Yungay requieren la construcción de una nueva IPRESS.

4. Proyección de la población asegurada futura

Se realiza el cálculo de la población asegurada futura a 10 años, para cada distrito (anexo 6). La tabla 13 muestra el crecimiento general de la población asegurada según la tasa de crecimiento anual calculada en el título 1 del presente capítulo.

Tabla 13. Población asegurada futura. Red Asistencial Huaraz

Población 2016	Población 2017	Población 2026
97.835	101.896	146.283

Fuente: Elaboración propia, 2017.

5. Determinación de la oferta proyectada futura por distritos

La tabla 14 describe la oferta proyectada futura y la brecha futura, considerando la población distrital.

Tabla 14. Oferta proyectada y brecha futura, por distritos. Red Asistencial Huaraz

Distrito	Ruralidad	Población 2026	IPRESS propia actual*	Oferta proyectada futura por distritos	Brecha futura por distritos
Caraz	Urbano	9.505	No	CM	CM
Independencia	Urbano	30.192	H-II	PCC	PCC
Huaraz	Urbano	38.665	No	PCC	PCC
Carhuaz	Rural	4.031	CM	CM	-
Huari**	Urbano	4.585	CM	CM	-
Marcará	Rural	2.136	No	CM	CM
Piscobamba**	Rural	978	No	CM	CM
San Marcos	Rural	3.438	No	CM	CM
San Luis	Rural	2.307	No	CM	CM
Yungay	Rural	5.271	PM	CM	CM

* Según categorización antigua EsSalud.

** Oferta existente. No se puede eliminar.

Fuente: Elaboración propia, 2017.

De acuerdo al presente análisis se identifican los siguientes cambios:

- Al distrito de Independencia ya no le corresponde un centro médico, sino un policlínico de complejidad creciente.
- A los distritos de Marcará y San Luis les corresponde un centro médico.
- Al distrito de Piscobamba le corresponde un centro médico; actualmente no cuenta con IPRESS propia, pero EsSalud sí ofrece el servicio mediante una IPRESS alquilada.

Los distritos de Caraz, Huaraz, Carhuaz, Huari y Yungay no varían en cuanto al tipo de establecimiento que le corresponde.

6. Determinación de la oferta proyectada futura por áreas geográficas

Utilizando la aplicación web *Google My Maps*, se ha calculado la distancia de las zonas pobladas de los distritos a las IPRESS más cercanas, y luego se ha calificado la accesibilidad de cada distrito tomando el *buffer* menos accesible a la IPRESS más cercana (anexo 7).

A continuación, se identifica la ruralidad de las zonas geográficas para determinar la IPRESS que corresponde según la directiva (anexo 8).

En la tabla 15 se describe la oferta proyectada futura por zonas geográficas y la persistencia de algunos distritos excluidos por lejanía (anexo 9).

Tabla 15. Oferta proyectada futura por zonas geográficas. Red Asistencial Huaraz

Zona	Tipo de área	Población al 2026	Oferta proyectada futura por zonas geográficas	Distritos en zona 4
Huaraz	Urbana	53.596	PCC	5
Caraz	Rural	14.583	PCC	3
Carhuaz	Rural	8.498	CM	1
Yungay	Rural	5.797	CM	0
Piscobamba	Rural	3.567	CM	0
San Luis	Rural	7.035	CM	0
Huari	Rural	11.512	PCC	0
San Marcos	Rural	5.669	CM	0
Marcara	Rural	3.840	CM	0
Independencia	Urbano	33.468	PCC	0

Donde: Zona 4 = a más de 3 horas de la IPRESS de adscripción

Fuente: Elaboración propia, 2017.

7. Determinación de la oferta proyectada futura ampliada por zonas geográficas

En este paso, tomando como punto de partida los distritos excluidos, se conforman zonas geográficas que acumulen la población mínima necesaria para justificar una IPRESS nueva. De esta manera, se crean las zonas geográficas de Pira, Raimondi y Yuracmarca. Se actualiza la determinación de la ruralidad (anexo 10) y se establece la oferta proyectada futura ampliada por zonas geográficas.

De esta manera, queda configurada la propuesta de inversiones en infraestructura sanitaria nueva (anexo 11), y los distritos que no hayan logrado generar la creación de nuevas zonas geográficas, serán abordados mediante el intercambio prestacional.

Como se evidencia en la tabla 16, tan solo quedan dos distritos con inaccesibilidad a la IPRESS proyectada (Zona 4), problema que no ha podido ser resuelto mediante el reagrupamiento de distritos (tabla 17). Se puede visualizar el mapa respectivo en el anexo 12.

Tabla 16. Oferta proyectada futura ampliada por zonas geográficas

Zona	Tipo de área	Población asegurada al 2026	Oferta proyectada futura ampliada, por zonas geográficas	Distritos en zona 4
Huaraz	Urbano	45.696	PCC	1
Caraz	Rural	12.277	PCC	0
Carhuaz	Rural	8.498	CM	1
Yungay	Rural	5.797	CM	0
Piscobamba	Rural	3.567	CM	0
San Luis	Rural	7.035	CM	0
Huari	Rural	11.512	PCC	0
San Marcos	Rural	5.669	CM	0
Marcara	Rural	3.840	CM	0
Independencia	Urbano	33.468	PCC	0
Pira	Rural	2.299	CM	0
Raimondi	Urbano	5.601	CM	0
Yuracmarca	Rural	2.306	CM	0

Fuente: Elaboración propia, 2017.

Tabla 17. Distritos con inaccesibilidad a la oferta proyectada futura ampliada

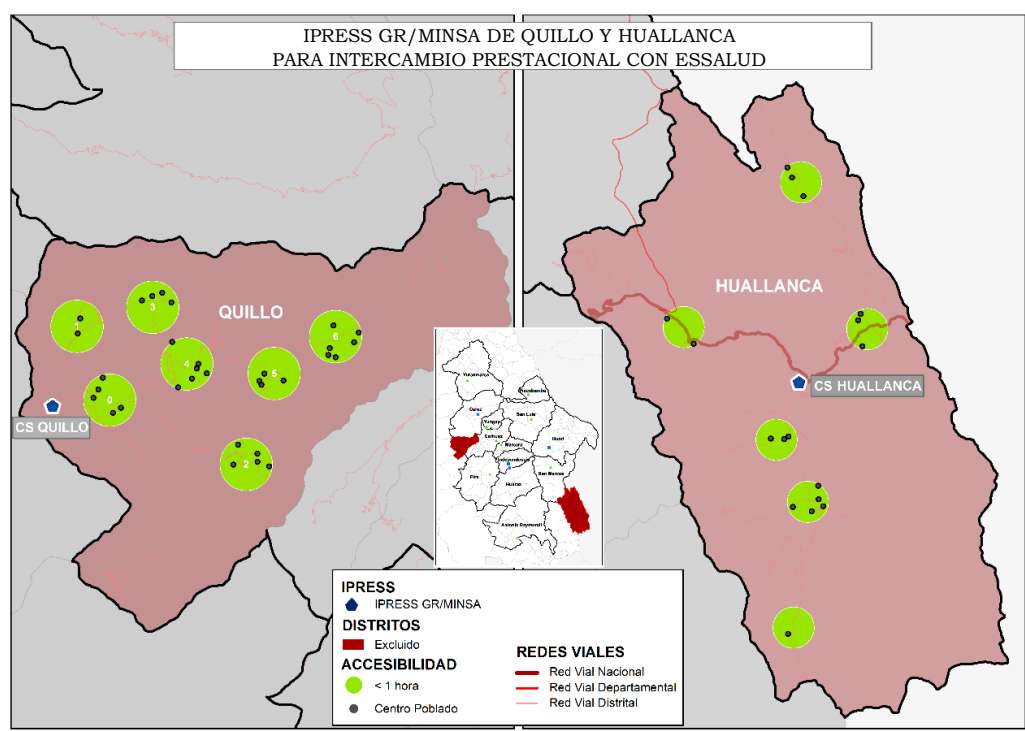
Zona	Provincia	Distrito	Tiempo a la IPRESS	Población asegurada	
				2016	2026
Huaraz	Bolognesi	Huallanca	3h, 9m	1.261	1.902
Carhuaz	Yungay	Quillo	4h, 29m	384	580

Fuente: Elaboración propia, 2017.

8. Identificación de las IPRESS para intercambio prestacional

De la búsqueda realizada en la base del RENIPRESS, se identifica que el distrito de Huallanca cuenta con la IPRESS denominada Centro de Salud Huallanca, del Gobierno Regional Ancash. De la búsqueda realizada en la base del RENIPRESS, se identifica que el distrito de Quillo cuenta con la IPRESS denominada Centro de Salud Quillo, del Gobierno Regional Ancash. A continuación, el gráfico 16 muestra la ubicación de dichas IPRESS, así como la accesibilidad de las zonas pobladas.

Gráfico 16. IPRESS del Gobierno Regional Ancash para intercambio prestacional con EsSalud en Huallanca y Quillo



Fuente: Elaboración propia, 2017.

9. Determinación de la brecha futura ampliada por zonas geográficas

Para el presente caso, como se muestra en la tabla 18, se identifica que la única IPRESS que se mantendrá con la misma categoría en los próximos 10 años es el Centro Médico de Carhuaz. Dicha IPRESS representa la diferencia entre la oferta proyectada futura ampliada por zonas y la brecha futura ampliada por zonas geográficas, o brecha definitiva.

Con relación a la inversión para el Centro Médico Carhuaz, la aplicación de la lista de chequeo del título 2 del presente capítulo, nos da como resultado: no cumplimiento del área mínima de terreno requerido (1.000 – 1.800 m²) determinada por la normativa sectorial. Asimismo, se concluye que dicha IPRESS necesita intervención de mejoramiento y ampliación.

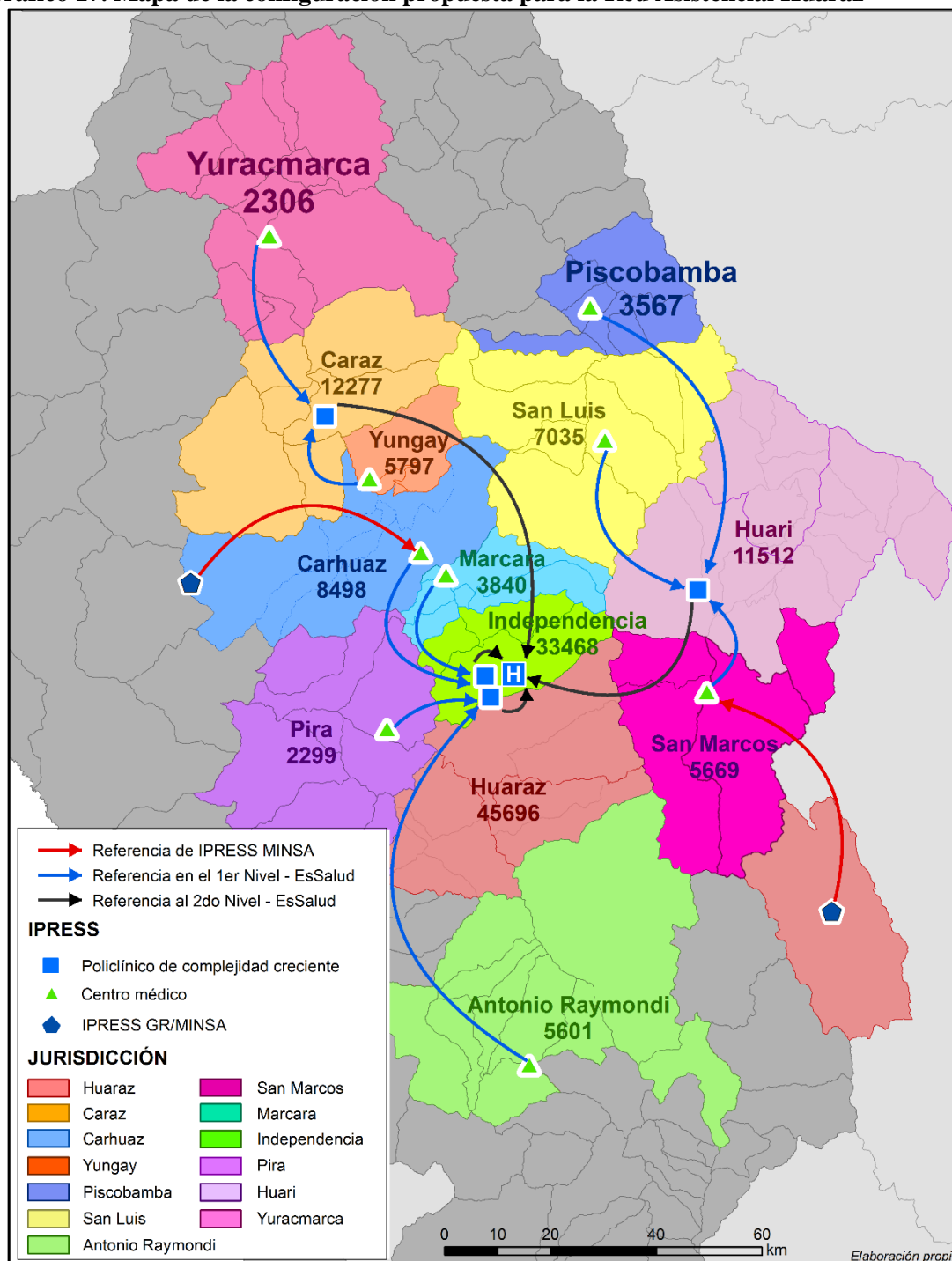
El gráfico 17 representa la propuesta de Red Asistencial Huaraz, con un horizonte de diez años, ubicando cada IPRESS y describiendo el flujo de referencia que va desde las IPRESS de menor a mayor nivel de complejidad, hasta el segundo nivel que está representado por el Hospital II-1 Huaraz. Se observa también que las IPRESS del Gobierno Regional Ancash derivarán sus pacientes al centro médico más próximo en caso de necesidad.

Tabla 18. Brecha futura ampliada por zonas geográficas. Red asistencial Huaraz

Zona	Oferta del primer nivel		
	Actual	Oferta proyectada futura por zonas geográficas	Brecha futura por zonas geográficas
Huaraz	No	PCC	PCC
Caraz	No	PCC	PCC
Carhuaz	CM	CM	-
Yungay	PM	CM	CM
Piscobamba	No	CM	CM
San Luis	No	CM	CM
Huari	CM	PCC	PCC
San Marcos	No	CM	CM
Marcara	No	CM	CM
Independencia	No	PCC	PCC
Pira	No	CM	CM
Raimondi	No	CM	CM
Yuracmarca	No	CM	CM

Fuente: Elaboración propia, 2017.

Gráfico 17. Mapa de la configuración propuesta para la Red Asistencial Huaraz



Fuente: Elaboración propia, 2017.

Tabla 19. Cartera de necesidades de inversión en infraestructura sanitaria. Red Asistencial Huaraz

N.º	Necesidad de Inversión	Población Beneficiaria
1	Creación del policlínico de complejidad creciente en el distrito de Huaraz, de la provincia de Huaraz.	45.696
2	Creación del policlínico de complejidad creciente en el distrito de Caraz, de la provincia de Huaylas.	12.277
3	Mejoramiento y/o ampliación del centro médico en el distrito de Carhuaz, de la provincia de Carhuaz.	8.498
4	Creación del centro médico en el distrito de Yungay, de la provincia de Yungay.	5.797
5	Creación del centro médico en el distrito de Piscobamba, de la provincia de Mariscal Luzuriaga.	3.567
6	Creación del centro médico en el distrito de San Luis, de la provincia de Carlos Fermín Fitzcarrald	7.035
7	Creación del policlínico de complejidad creciente en el distrito de Huari, de la provincia de Huari.	11.512
8	Creación del centro médico en el distrito de San Marcos, de la provincia de Huari.	5.669
9	Creación del centro médico en el distrito de Marcara, de la provincia de Carhuaz.	3.840
10	Creación del policlínico de complejidad creciente en el distrito de Independencia, de la provincia de Huaraz.	33.468
11	Creación del centro médico en el distrito de Pira, de la provincia de Huaraz.	2.299
12	Creación del centro médico en el distrito de Antonio Raimondi, de la provincia de Bolognesi.	5.601
13	Creación del centro médico en el distrito de Yuracmarca, de la provincia de Huaylas.	2.306

Fuente: Elaboración propia, 2017.

La tabla 19 muestra que son trece los proyectos que forman parte de la cartera de necesidades de inversión, determinada mediante la aplicación de la presente propuesta metodológica. Asimismo, muestra la población beneficiaria directa a indirecta de cada proyecto, correspondiente al área de influencia de cada IPRESS que será construida.

10. Priorización de inversiones en infraestructura de la Red Asistencial Huaraz

En la tabla 20 se describe la priorización realizada con la aplicación de los criterios establecidos en la metodología.

Tabla 20. Priorización de necesidades de inversión. Red Asistencial Huaraz, EsSalud

N.º	IPRESS proyectada	Tipo de IPRESS	Pob. futura	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	(f)	(g)	(h)	(i)	Total
				30%	25%	20%	10%	10%	5%				
1	Carhuaz	CM	3.567	5	5	5	5	6	6	1	3	10	12,7
2	Huaraz	PCC	45.696	5	5	4	3	10	6	5	5	6	11,35
3	Yungay	CM	12.277	5	5	5	5	6	10	1	3	2	9,1
4	Caraz	PCC	8.498	5	5	4	5	6	10	3	3	2	9,05
5	Huari	PCC	5.797	5	5	4	5	6	10	1	3	2	8,85
6	San Marcos	CM	11.512	5	5	5	5	6	6	1	3	2	8,7
7	San Luis	CM	7.035	5	5	5	5	6	6	1	3	2	8,7
8	A. Raimondi	CM	5.669	5	5	5	5	6	3	1	5	2	8,6
9	Independencia	PCC	3.840	5	5	4	3	10	2	1	5	2	8,55
10	Yuracmarca	CM	33.468	5	5	5	5	2	10	1	3	2	8,3
11	Pira	CM	2.299	5	5	5	3	2	10	1	3	2	7,8
12	Piscobamba	CM	5.601	5	5	5	5	2	2	3	3	2	7,7
13	Marcara	CM	2.306	5	5	5	5	2	2	1	3	2	7,5

Donde:

- (a) Estrategia nacional
- (b) Estrategia institucional
- (c) Reducción de la brecha de infraestructura nueva
- (d) Inversión ejecutada en los últimos 10 años en la provincia
- (e) Población beneficiaria del proyecto
- (f) Accesibilidad geográfica
- (g) Tenencia de terreno apto
- (h) Tipo de localidad
- (i) Vulnerabilidad

Fuente: Elaboración propia, 2017.

Capítulo VI. Costeo y evaluación de impacto económico y social

1. Estimación de Inversión

La estimación de inversión se ha realizado en base a los estudios de preinversión desarrollados en EsSalud en el período 2011 – 2017, y a la publicación institucional «Planificación de Inversiones en EsSalud al 2016», obteniendo el resultado señalado en la tabla 21. Se ha utilizado el caso de la Red Asistencial Huaraz para ejemplificar la estimación de la inversión. La tabla 22 representa el cálculo del costo de la brecha de infraestructura para dicha red, como resultado de la aplicación de la propuesta metodológica.

Tabla 21. Inversión estimada para la creación y mejoramiento de IPRESS de EsSalud

En millones de soles

Nivel de atención	Inversión nueva	Inversión de mejoramiento
Centro médico (CM)	14	6
Policlínico de complejidad creciente (PCC)	40	15

Fuente: Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto. Estudios de preinversión viabilizados por EsSalud, en el periodo 2011-2015

Tabla 22. Inversión estimada de la brecha de infraestructura para la Red Asistencial Huaraz

N.º	IPRESS proyectada	Tipo de IPRESS	Costo estimado en millones de soles
1	Carhuaz	CM	6
2	Huaraz	PCC	40
3	Yungay	CM	14
4	Caraz	PCC	40
5	Huari	PCC	40
6	San Marcos	CM	14
7	San Luis	CM	14
8	A. Raimondi	CM	14
9	Independencia	PCC	40
10	Yuracmarca	CM	14
11	Pira	CM	14
12	Piscobamba	CM	14
13	Marcara	CM	14
Costo total estimado de inversión:			278

Fuente: Elaboración: propia, 2017.

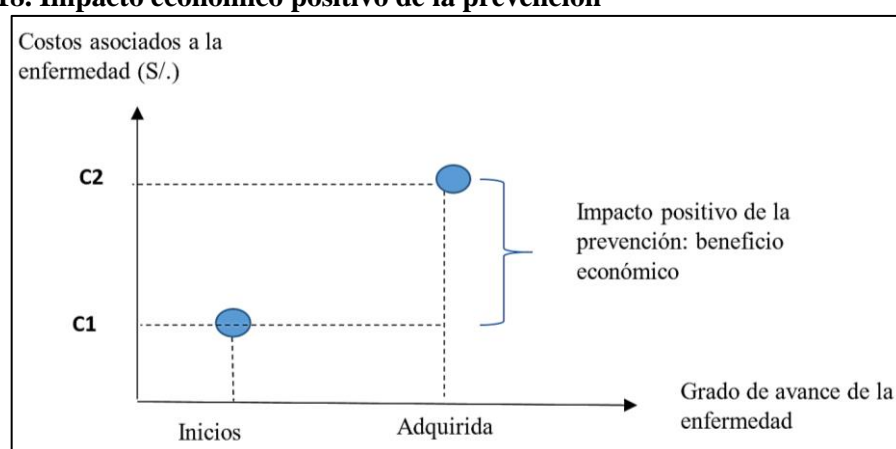
El costo de inversión estimado para un hospital general (nivel II-1) es de S/ 245 millones. Por lo tanto, se evidencia que, con el fortalecimiento del primer nivel de atención en aplicación de las políticas nacional e institucional, se logrará mejorar el acceso a los servicios de salud para la población asegurada, con equidad y oportunidad. Asimismo, este cálculo debe añadirse la

estimación del beneficio social estimado con la implementación de la atención primaria en salud, que incluye el componente preventivo y terapéutico. A continuación, se realizará la estimación respectiva.

2. Estimación del beneficio económico social

El impacto económico de las actividades realizadas en el primer nivel de atención, en lugar de tratamientos para el caso de enfermedades, así como el efecto negativo de su no implementación, se explican en los gráficos 18 y 19.

Gráfico 18. Impacto económico positivo de la prevención



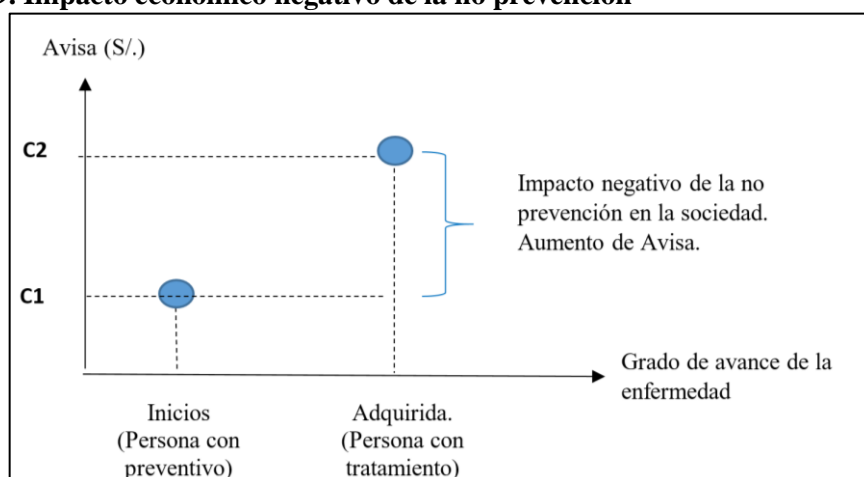
Fuente: Elaboración propia, 2017.

Se aprecia que existe beneficio económico para la institución, lo que sería un impacto positivo.

Por otra parte, se observa que la falta de prevención en salud causa un impacto negativo en la sociedad, pues aumentan los años de vida saludables perdidos (AVISA). La evaluación del impacto económico social aplicado a una red asistencial de EsSalud, como el caso de la Red Huaraz, vendrá dado por la estimación del beneficio económico social de la prevención de enfermedades.

El objetivo de este literal es estimar el beneficio económico neto, a través del ahorro esperado, del tratamiento preventivo de las enfermedades en caso se implementara una red de servicios de primer nivel de atención, que permitirá la prevención de enfermedades.

Gráfico 19. Impacto económico negativo de la no prevención



Fuente: Elaboración propia, 2017.

Este punto se abordará tomando el caso del estudio: «Análisis del beneficio económico de la prevención de enfermedades isquémicas del corazón en el Perú», donde dicha enfermedad es considerada como enfermedad no transmisible que: «representa una amenaza a la salud humana, y, por ende, al crecimiento económico y el desarrollo social de los países. Siendo afecciones de prolongada duración, pero lenta progresión, son la mayor causa de mortalidad y morbilidad en el mundo-principalmente las enfermedades respiratorias crónicas, las cardiovasculares, el cáncer y la diabetes-, pues causan el 61% del total de muertes [...]» (Morocho, 2013).

Premisas para la estimación del beneficio económico social de la implementación del primer nivel de atención (Morocho, 2013):

- Las actividades de prevención primaria que modifican estilos de vida y hábitos personales son ahorradoras de importantes volúmenes de recursos.
- El replanteo de prioridades y tránsito hacia un nuevo sistema que ponga énfasis en la prevención o disminución de los factores de riesgo en la población, es una medida más costo beneficiosa para el individuo y para el estado
- El costo económico esperado (gastos médicos más el valor económico de los AVISA) de prevenir y tratar la enfermedad, es menor que el costo económico esperado cuando solo se trata la enfermedad. En este sentido, la prevención resulta una medida de ahorro económico para el individuo, puesto que disminuye la probabilidad de enfermarse, con lo que el costo esperado y los efectos en el estilo de vida (morbilidad) deberían reducirse. Ello, a cambio de incurrir en un gasto anticipado de tratamientos preventivos.

Morocho (2013) calculó el beneficio económico social por persona, de la prevención asociada al tratamiento, característicos del primer nivel de atención, para el caso de enfermedades cardiológicas, estimando un promedio de S/ 1.473,5 por persona / año. En tal sentido, se infiere, para el caso de Huaraz, que el beneficio económico social esperado, tan solo para las enfermedades cardiológicas, sería de S/ 65.231.108, tal como se detalla en la tabla 23.

Tabla 23. Beneficio económico social estimado de la inversión en el primer nivel de atención, para enfermedades cardiológicas. Red Asistencial Huaraz, EsSalud

N.º	IPRESS proyectada	Población futura	Beneficio económico para enfermedades cardiológicas	
1	Carhuaz	3.567	S/	1.576.792
2	Huaraz	45.696	S/	20.199.917
3	Yungay	12.277	S/	5.427.048
4	Caraz	8.498	S/	3.756.541
5	Huari	5.797	S/	2.562.564
6	San Marcos	11.512	S/	5.088.880
7	San Luis	7.035	S/	3.109.822
8	A. Raimondi	5.669	S/	2.505.981
9	Independencia	3.840	S/	1.697.472
10	Yuracmarca	33.468	S/	14.794.529
11	Pira	2.299	S/	1.016.273
12	Piscobamba	5.601	S/	2.475.922
13	Marcara	2.306	S/	1.019.367
Total			S/	65.231.108

Fuente: Elaboración propia, 2017.

Aplicando esta metodología del caso a las otras enfermedades, la sumatoria de beneficios económicos sería mucho más significativa.

Este caso demuestra que existe beneficio económico anual con la implementación del primer nivel de atención, que fortalezca las actividades preventivas, con lo cual el presente trabajo justifica su desarrollo; es decir, planificar las inversiones identificando las brechas de infraestructura sanitaria en el primer nivel de atención, que es el lugar por excelencia donde se fortalecerá la prevención de las enfermedades.

Conclusiones y recomendaciones

1. Conclusiones

- El Seguro Social de Salud es el segundo subsistema de salud más grande del país; cuenta con un modelo prestacional orientado a la atención especializada que se continúa consolidando mediante la inversión preferente en el segundo y tercer nivel de atención, lo cual dificulta el acceso oportuno y equitativo de la población asegurada a los servicios de salud.
- La mayoría de asegurados que requieren los servicios de EsSalud presentan problemas de acceso, por lo que, al menos una tercera parte, busca atención en otra institución de salud. Los asegurados consideran a la cercanía al domicilio como un factor importante para la decisión de acudir a los servicios de salud cuando lo requieren. A ello se añade el hecho de que una gran proporción no se siente satisfecha o no confía en sus servicios.
- La distribución de la demanda en EsSalud por niveles de atención no es acorde con los modelos teóricos y la normativa nacional vigente, pues existe una sobrecarga relativa sobre el segundo nivel lo cual encarece el servicio y dificulta el acceso. Dicho problema se encuentra asociado al déficit significativo de la oferta en el primer nivel y su capacidad resolutive.
- El Seguro Social de Salud requiere implementar un cambio en la política de inversiones en infraestructura sanitaria, que fortalezca el primer nivel para mejorar la accesibilidad, la oportunidad de los servicios de salud, así como la satisfacción de la población asegurada.
- El enfoque de gestión territorial en salud y los sistemas de información geográfica permiten realizar una mejor aproximación de la realidad y las necesidades de infraestructura sanitaria para el mejoramiento de la accesibilidad de la oferta sanitaria y la reducción de la inequidad en el acceso a los servicios por parte de los asegurados.
- Se ha logrado elaborar una metodología de planificación de inversiones en el primer nivel de atención de salud con enfoque de gestión territorial, considerando a la cantidad de población asegurada por distritos y por zonas geográficas (agrupación e distritos) en un horizonte de 10 años, el tipo de localidad (predominantemente urbana o rural), la accesibilidad mediante la utilización de sistema de información geográfica (SIG), bajo el criterio de equidad. La metodología desarrollada es aplicable a cualquier red asistencial de EsSalud, toda vez que se ha demostrado su validez aplicándola a la Red Asistencial Huaraz.
- La aplicación de la propuesta metodológica para la planificación de inversiones en infraestructura sanitaria del primer nivel de atención, contribuirá a reducir la brecha de infraestructura sanitaria orientada a la reducción de la inequidad, mejoramiento de la accesibilidad y oportunidad en la atención de salud.

- La indicada planificación identifica la brecha de infraestructura sanitaria de primer nivel de atención en salud, se encuentra enmarcada en los principios rectores del Decreto Legislativo 1252 que crea el Sistema Nacional de Programación Multianual y Gestión de Inversiones y deroga la Ley 27293, Ley del Sistema Nacional de Inversión Pública (SNIP), como paso previo al cierre de brechas en los servicios públicos.
- Se ha logrado demostrar mediante un estudio de caso vinculado a las enfermedades no transmisibles, los beneficios económicos e impactos positivos para el individuo, la sociedad e institución que trae la inversión en prevención asociada a la atención. Los años de vida saludable perdidos son menores cuando se detecta un problema de salud por exposición a riesgos y al inicio de una enfermedad, en comparación a hacerlo cuando se ha instalado dicho mal y sus complicaciones.

2. Recomendaciones

- Definir como política de inversión, el fortalecimiento de la planificación de inversiones a nivel institucional, así como definir e implementar mecanismos para garantizar su cumplimiento.
- Implementar la presente metodología como instrumento de planificación de inversiones con enfoque de gestión territorial, lo cual contribuirá a identificar la brecha de recursos de infraestructura sanitaria a nivel nacional de EsSalud, así como orientar las inversiones para el fortalecimiento del primer nivel de atención.
- Asignar mayores recursos económicos a las inversiones para efectos de cerrar la brecha de infraestructura sanitaria, en el marco del decreto legislativo 1252 que crea el sistema nacional de programación multianual y gestión de inversiones.

Bibliografía

- Agranoff, R., & Lindsay, V. (1983). Intergovernmental management: perspectives from human services problem solving at the local level. *Public Administration Review* (43), 227-238.
- Aletras, V., Jones, A., & Sheldon, T. (1997). *Economies of Scale and Scope*. In: Ferguson B, Sheldon T, Posnett J, editors. *Concentration and choice in healthcare*.
- Alfageme, A. (2012). Algunas reflexiones sobre la ley de aseguramiento universal en salud. *Moneda*, 37-41.
- Armijo, M. (2009). *Manual de Planificación Estratégica e Indicadores de Desempeño en el Sector Público*. Santiago de Chile: ILPES/CEPAL.
- Banco Mundial. (2007). *Healthy Development: The World Bank Strategy for Health, Nutrition, & Population Results*. Washington D. C.: Library of Congress Cataloging-in-Publication Data.
- Beltrán, A., & Cueva, H. (2007). *Evaluación social de proyectos para países en desarrollo*. Lima: Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico.
- Centrángolo, O., Bertranou, F., Casanova, L., & Casali, P. (2013). *El sistema de salud del Perú: Situación actual y estrategias para orientar la extensión de la cobertura contributiva*. Lima: Tarea Asociación Gráfica Educativa.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe - CEPAL. (2006). *Panorama Social de América Latina*. Santiago de Chile: CEPAL.
- Consejería de Sanidad de Madrid. (2013). *Estrategia de Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas en la comunidad de Madrid*. Obtenido de <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017570.pdf>
- Consorcio de Investigación Económica y Social - CIES. (2007). *Políticas para eliminar las barreras geográficas en salud*. Lima: Ediciones Nova Print S.A.C.
- Cornejo Ramírez, E. (2010). La Infraestructura en el Perú. *Peru Top Publications*, 36.
- Dawson de Penn. (1920). *Informe Dawson: El Futuro de los Servicios Médicos y Afines*.
- El Comercio. (16 de diciembre de 2016). Adiós, SNIP; bienvenido, Invierte.pe. *El Comercio*.
- EsSalud. (2014). *Carga de Enfermedad y Lesiones en EsSalud, Estimación de los Años de Vida Saludables Perdidos 2014"*. Lima.
- EsSalud. (2016a). *Planificación de Inversiones en EsSalud*.

EsSalud. (2016b). Presentación de los Principales Resultados de la Encuesta Nacional Socioeconómica de Acceso a la Salud de los Asegurados de EsSalud. Lima, Lima, Perú.

EsSalud. (2017). *Estadística Institucional*. Obtenido de <http://www.essalud.gob.pe/estadistica-institucional/>

Fajardo-Dolci, G., Gutiérrez, J., & García-Saisó, S. (2015). Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud. *Salud Pública de México*, 180 - 186.

Foppiano Rabinovich, G. (2013). *Formulación y evaluación de proyectos de inversión*. Lima: Instituto Superior San Ignacio de Loyola.

Frenk, J., & Londoño, J.-L. (1997). *Pluralismo Estructurado: Hacia un Modelo Innovador para la Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina*.

Gestión. (04 de diciembre de 2016). Sepa qué diferencias existen entre Invierte.pe y el fenecido SNIP. *Gestión*. Obtenido de <http://gestion.pe/economia/sepa-que-diferencias-existe-entre-inviertepe-fenecido-snip-2176359>

Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social - ILPES. (2008). *Manual metodológico de evaluación multicriterio para programas y proyectos*. Santiago de Chile.

ISAGS. (2012). Sistemas de Salud en Suramérica: Desafíos para la universalidad, integralidad y equidad. En L. Giovanella, O. Feo, M. Faria, & S. Tobar.

Mendes, E. (2011). *Las Redes de Atención de Salud*.

Ministerio de Salud. (2013). *Lineamientos y medidas de reforma del sector Salud*. Lima.

Morocho, E. & Reaño R. (2013). *Análisis del beneficio económico de la prevención de enfermedades isquémicas del corazón en el Perú*. En: Economía aplicada: ensayos de investigación económica 2012. - Lima: Univ. del Pacífico.

OMS. (2000). *Organización Mundial de la Salud, OMS, Sistemas de Salud*. Recuperado el 02 de octubre de 2016, de <http://www.who.int/healthsystems/about/es/>

OMS/OPS. (2007). Las Políticas Públicas y los Sistemas y Servicios de Salud. En *Salud en Las Américas*.

ONU. (2015). *Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*. Nueva York.

OPS/OMS. (2010). Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. En H. Montenegro, E. Levcovitz, R. Holder, J. Ruales, & J. Suárez, *La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas No.4*. Washington DC.

OPS/OMS. (2012). *Salud en las Américas. Panorama regional y perfiles de país*.

Organización Mundial de la Salud - OMS. (2007). *Nota descriptiva N° 323*. Ginebra.

Ortegón Quiñones, E. (2015). *Políticas Públicas; Métodos Conceptuales y Métodos de Evaluación*. Lima: Universidad Continental.

Roemer, M. I. (1993). *National Health Systems of The World*. New York: Oxford University.

Supreme Council of Health of Qatar. (2014). *Qatar Healthcare Facilities Master Plan*. Qatar.

Velásquez, A. (2009). La carga de enfermedad y lesiones en el Perú y las prioridades del plan esencial de aseguramiento universal. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*.

.

Anexos

Anexo 1. Ambientes prestacionales de las UPSS y actividades de atención directa del primer nivel de atención

1. Centro médico

- Consulta externa.
- Laboratorio clínico.
- Atención de urgencias y emergencias.
- Referencias y contrarreferencias.
- Desinfección y esterilización.
- Vigilancia epidemiológica.
- Salud ocupacional.
- Registros de la atención de salud e información.
- Salud familiar y comunitaria.
- Atención con medicamentos.
- Atención del parto inminente.
- Alimentación saludable.
- Prevención y detección temprana del cáncer.
- Rehabilitación basada en la comunidad.
- Medicina complementaria.

2. Policlínico de complejidad creciente

- Consulta externa.
- Laboratorio clínico.
- Diagnóstico por imágenes.
- Medicina física y rehabilitación.
- Farmacia.
- Atención de urgencias y emergencias.
- Referencias y contrarreferencias.
- Desinfección y esterilización.
- Vigilancia epidemiológica.
- Salud ocupacional.
- Registros de la atención de salud e información.
- Salud familiar y comunitaria.
- Atención del parto inminente.
- Alimentación saludable.
- Promoción de la salud y prevención.
- Intervenciones de tópico de cirugía en consultorio externo.
- Medicina complementaria.
- Radiología dental.

Anexo 2. Ambientes prestacionales de las UPSS y actividades de atención directa y de soporte del primer nivel de atención

PRESTACIONES DE LA CARTERA DE SERVICIOS DE SALUD			AMBIENTES PRESTACIONALES
UPSS	CONSULTA EXTERNA	Consulta ambulatoria por médicos general y especialistas	Consultorio de Medicina General
			Consultorio de Pediatría
			Consultorio de Gineco-Obstetricia
			Consultorio de Medicina Familiar
			Consultorio de Telemedicina
		Atención ambulatoria por enfermera	Consultorio CRED
			Sala de Inmunizaciones
			Sala de Estimulación Temprana
		Atención ambulatoria diferenciada por profesional de la salud	Consejería y Prevención de ITS, VIH y SIDA
			Prevención y Control de la Tuberculosis
			Atención Integral y Consejería del Adolescente
			Atención Integral del Adulto Mayor
			Consejería y Prevención de Enfermedades No Transmisibles
			Consejería y Prevención del Cáncer
		Atención ambulatoria por profesional de la salud capacitado en salud mental	Consejería de Salud Mental
		Atención ambulatoria por psicólogo	Consulta de Psicología
		Atención ambulatoria por obstetra	Control Prenatal
			Planificación Familiar
			Psicoprofilaxis
ACTIVIDADES	ATENCIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS	Atención de urgencias y emergencias	Tópico de Urgencias y Emergencias
			Sala de Procedimientos de Enfermería
		Atención en ambiente de Observación de Emergencia	Observación de Emergencia
	ATENCIÓN DE LA GESTANTE EN PERÍODO DE PARTO	Atención de parto vaginal	Sala de dilatación
			Sala de Parto
			Sala de Parto Vertical
			Sala Multifuncional con acompañamiento familiar
			Sala de puerperio inmediato
		Atención del Recién Nacido	Atención del Recién Nacido
		Atención ambulatoria por cirujano dentista	Consultorio de odontología general
		Atención ambulatoria por cirujano dentista con sop. De radiolog. Oral	Consultorio de odontología general con soporte de radiología oral
		Atención ambulatoria por nutricionista	Consultorio de nutrición
		Atención ambulatoria por médico	Tópico de procedimiento de consulta externa

Fuente: NTS 113-MINSA/DGIEM-V.01-2015.

PRESTACIONES DE LA CARTERA DE SERVICIOS DE SALUD			AMBIENTES PRESTACIONALES
UPSS	FARMACIA	Dispensación de medicamentos, dispositivos médicos y productos sanitarios	Dispensación y expendio en UPSS de consulta externa
			Dosis Unitaria
			Gestión de Programación
		Atención en Farmacia Clínica	Almacén especializado de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios
			Seguimiento farmacoterapéutico ambulatorio
		Atención en Farmacotecnia	Farmacovigilancia y Tecnovigilancia
			Mezclas intravenosas
	PATOLOGÍA CLÍNICA	Procedimientos de Laboratorio Clínico Tipo I-3 (*)	Dilución y acondicionamiento de desinfectantes
			Toma de Muestras Biológicas
			Laboratorio de Hematología/Bioquímica
		Procedimientos de Laboratorio Clínico Tipo I-4 (**)	Laboratorio de Microbiología
			Toma de Muestras Biológicas
			Laboratorio de Hematología
ACTIVIDADES	ECOGRAFÍA Y RADIOLOGÍA	Radiología Convencional (sin contraste)	Laboratorio de Microbiología
			Laboratorio de Bioquímica
		Ecografía General y Dopler	Sala de Radiografía Convencional No Digital(1)
			Sala de Radiografía Convencional Digital
	DESINFECCIÓN Y ESTERILIZACIÓN	Mamografía	Sala de Ecografía General
			Sala de Ecografía Obstétrica
		Desinfección y Esterilización	Sala de Mamografía Digital (2)
			Descontaminación y Lavado

(*): Para Establecimientos de salud Categoría I-3

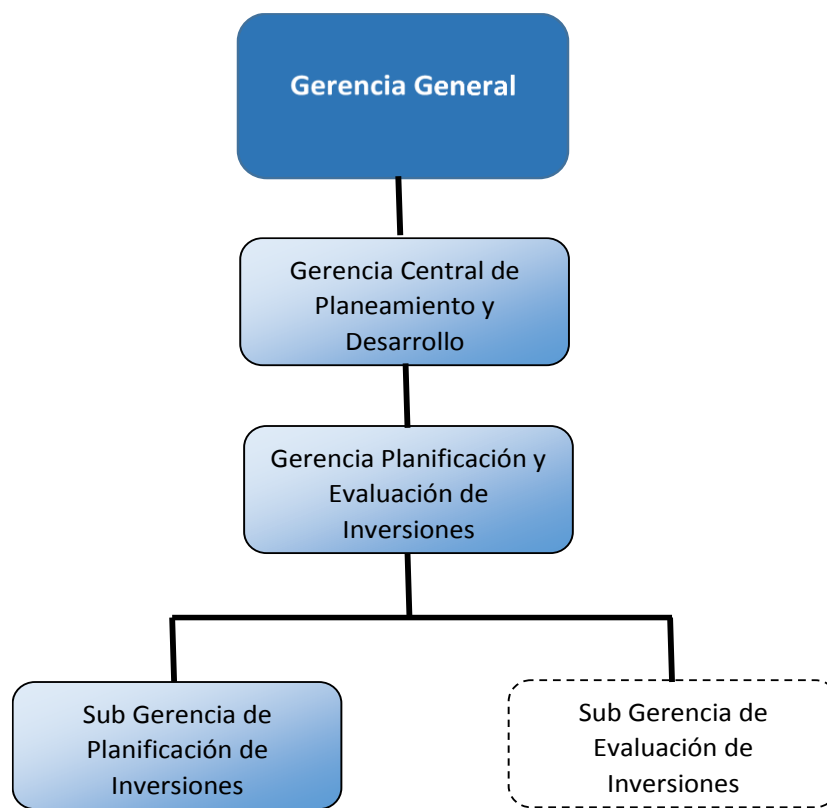
(**): Para Establecimientos de salud Categoría I-4

(1): A partir de I-4

(2): Su implementación es opcional, siempre que se integre a otro ambiente de característica similar

Fuente: NTS 113-MINSA/DGIEM-V.01-2015.

Anexo 3. Organigrama de la oficina de planificación de inversiones de EsSalud



Fuente: Elaboración propia, 2017.

Anexo 4. Criterios de priorización de necesidades de inversión

1. Objetivo

El objetivo principal de contar con criterios de priorización de necesidades de inversión es que nos permitirá orientar en forma racional y priorizada los recursos económicos, agrupando dichos criterios en factores.

2. Factores críticos de priorización

Se consideran cinco factores que influyen sobre la decisión de invertir en necesidades de inversión enmarcados en las políticas de salud. Para la ponderación se ha hecho uso del denominado “juicio de expertos”². Los factores críticos seleccionados han tomado como base los principios rectores del Sistema Nacional de Programación Multianual y Gestión de Inversiones los que se indican el cuadro adjunto:

N.º	Factores	Ponderación
1	Política de salud	30%
2	Equidad de acceso	25%
3	Impacto social	20%
4	Accesibilidad geográfica	15%
5	Riesgos	10%

Fuente: Elaboración propia, 2017.

2.1. Políticas de salud. Es el marco en el que se sustentará la inversión a realizar.

2.2. Equidad de acceso. La equidad se ha relacionado con la disminución de la brecha de infraestructura sanitaria, esto significa mayor inversión en las localidades que lo requieran, para así lograr una mayor inclusión de los asegurados, otorgando mayor puntuación a las zonas más alejadas que, por ser de menor población, les corresponde un centro médico. También considera la equidad de las inversiones, es decir, se valora las zonas donde no ha habido inversión en los últimos años.

2.3. Impacto social. Este factor considera a la población beneficiaria, y otorga mayor puntaje a la mayor cantidad de población.

2.4. Accesibilidad geográfica. Aquí se consideran tres criterios en la modalidad de tenencia de terreno (propio, alquilado, convenio, entre otros), otorgando el mayor puntaje al que se requiere por prioridad. Así mismo, considera la accesibilidad en tiempo, asignando mayor puntaje al más alejado y el tipo de localidad (predominantemente urbano o rural), correspondiendo mayor puntaje al urbano, asumiendo que tiene las condiciones de servicios básicos para funcionar un establecimiento de salud.

2.5. Riesgos. Este factor considera la vulnerabilidad estructural (muros interiores, pórticos, columnas, vigas, etc.); no estructural (muros exteriores, recubrimientos, paredes divisorias, ventanas, cielo rasos, ascensores, equipos mecánicos y eléctricos, sistemas de alumbrado, entre otros), y funcional (distribución y relación entre espacios, zonificación, espacios según normas técnicas, aspectos externos como localización del terreno, tamaño, si cuenta con servicios básicos de agua, energía eléctrica, vías, etc.). En el caso de nuevas creaciones de establecimientos de salud se evaluaría el criterio funcional, asumiendo que la localización,

² Opiniones de profesionales (ingenieros, arquitectos, médicos) de la Subgerencia de Planificación de Inversiones, con estudios de Maestría en Gestión Pública y experiencia mayor a 5 años en proyectos de inversión y en planificación de inversiones.

tamaño y otros parámetros cumplen las condiciones técnicas para instalar un establecimiento de salud, por lo que su vulnerabilidad sería baja. Para el caso de establecimientos existentes, se evalúa el criterio de estructural y no estructural, otorgando puntaje según nivel de riesgo.

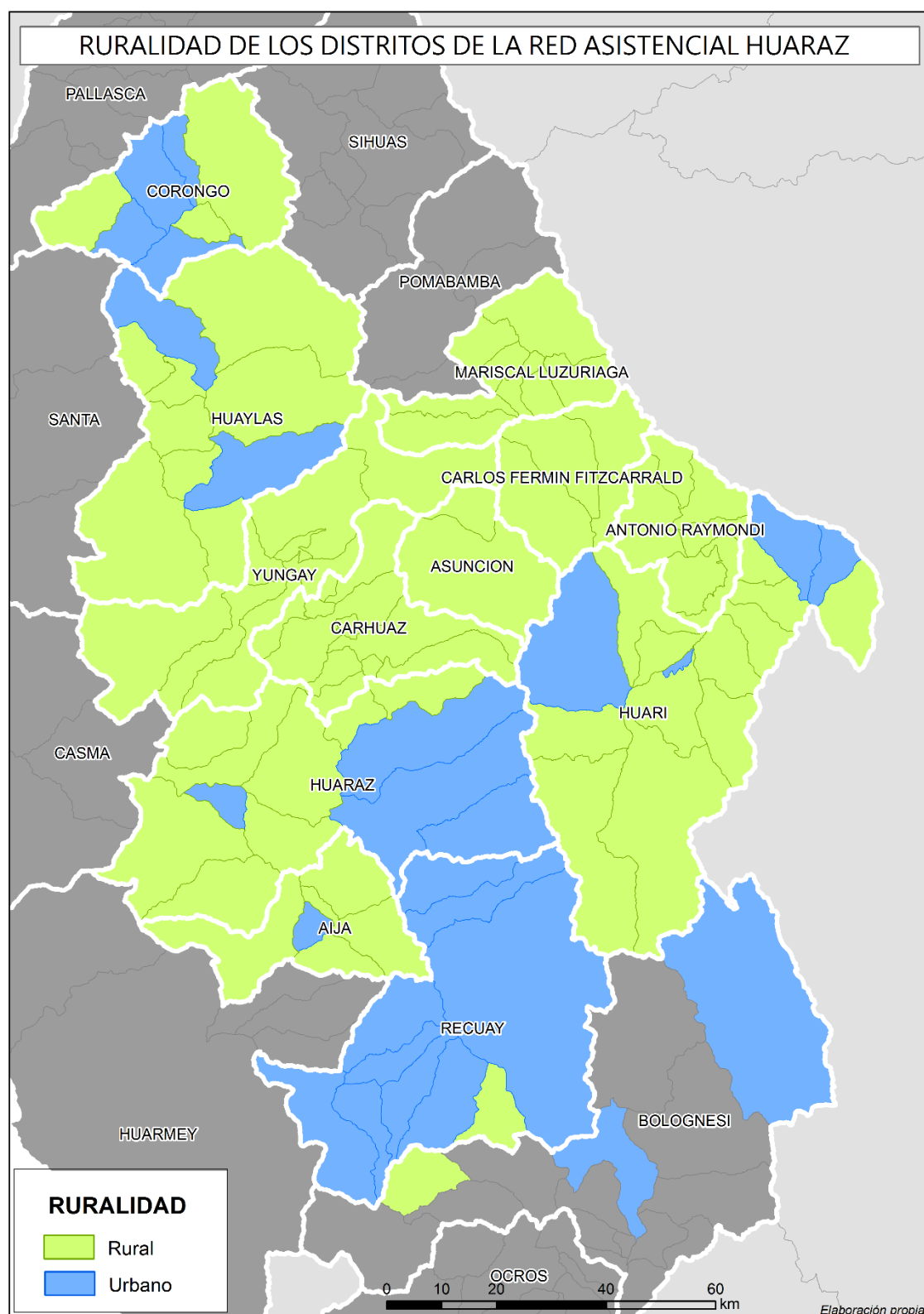
3. Criterios de priorización

Los criterios considerados y que se enmarcan en el Sistema Nacional de Programación Multianual y Gestión de Inversiones, se muestran en el cuadro siguiente.

Ponderación	Factores	Criterios
30%	Política de Salud	Estrategia Nacional/Sectorial
		Estrategia Institucional
25%	Equidad de Acceso	Reducción de Brecha de infraestructura nueva
		Inversión ejecutada en los últimos 10 años en la provincia de la Necesidad de Inversión
20%	Impacto Social	Población beneficiaria del proyecto
15%	Accesibilidad Geográfica	Tenencia de terreno apto
		Accesibilidad geográfica
		Tipo de Localidad
10%	Riesgos	Vulnerabilidad

Fuente: Elaboración propia, 2017.

Anexo 5. Mapa de la ruralidad por distritos. Red Asistencial Huaraz



Fuente: Elaboración propia, 2017.

Anexo 6. Población proyectada futura en un horizonte de diez años

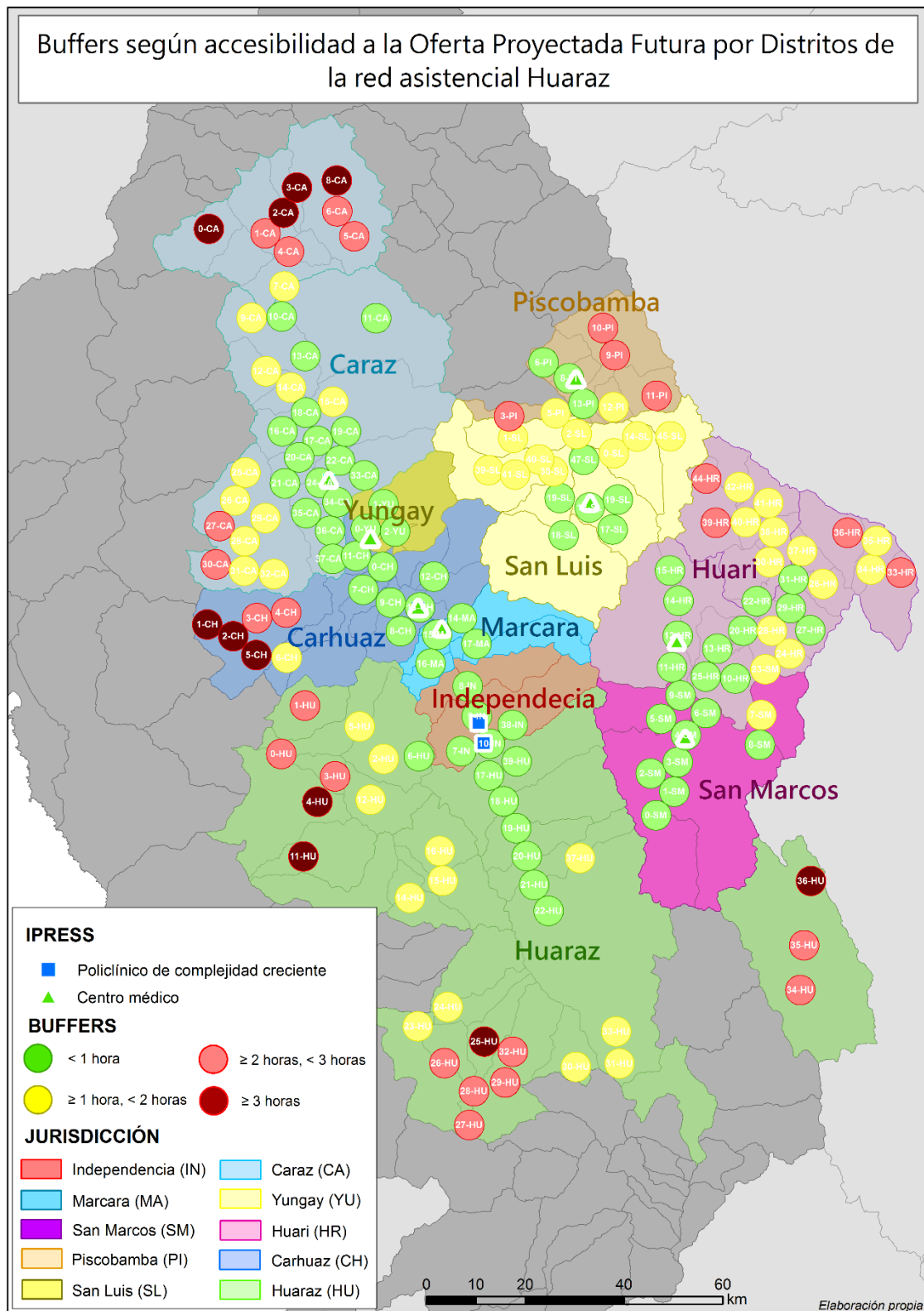
N.º	Provincia	Distrito	Ruralidad	2016	2017	2026
1	Aija	Aija	Rural	746	777	1125
2	Huaraz	Cochabamba	Rural	238	248	358
3	Huaraz	Colcabamba	Urbano	49	52	75
4	Aija	Coris	Rural	237	247	357
5	Aija	Huacllan	Urbano	88	92	133
6	Huaraz	Huanchay	Rural	155	162	234
7	Huaraz	La Libertad	Rural	219	228	330
8	Aija	La Merced	Rural	423	441	640
9	Huaraz	Pampas	Rural	132	138	200
10	Huaraz	Pira	Rural	493	514	745
11	Aija	Succha	Rural	94	98	141
12	Huaylas	Caraz	Urbano	6.298	6.563	9.505
13	Huaylas	Huata	Rural	105	110	159
14	Huaylas	Mato	Rural	186	194	280
15	Huaylas	Pamparomas	Rural	400	417	604
16	Huaylas	Pueblo Libre	Rural	835	870	1261
17	Huaylas	Santa Cruz	Rural	310	323	468
18	Carhuaz	Acopampa	Rural	270	282	408
19	Carhuaz	Amashca	Rural	164	171	247
20	Carhuaz	Ataquero	Rural	112	117	170
21	Carhuaz	Carhuaz	Rural	2.673	2.783	4.031
22	Yungay	Cascapara	Rural	100	105	152
23	Yungay	Mancos	Rural	1.082	1.127	1.632
24	Yungay	Matacoto	Rural	103	108	157
25	Yungay	Quillo	Rural	384	400	580
26	Carhuaz	Shilla	Rural	302	315	456
27	Yungay	Shupluy	Rural	160	167	242
28	Carhuaz	Tinco	Rural	281	293	423
29	Bolognesi	A. Raimondi	Rural	146	152	221
30	Recuay	Catac	Urbano	911	949	1.374
31	Bolognesi	Chiquian	Urbano	1.185	1.234	1.787
32	Recuay	Cotaparaco	Urbano	97	101	146
33	Recuay	Huayllapampa	Urbano	43	45	64
34	Recuay	Llacllin	Urbano	90	94	135
35	Recuay	Marca	Urbano	90	94	135
36	Recuay	Pampas Chico	Rural	105	110	159
37	Recuay	Pararin	Urbano	71	74	106
38	Recuay	Ticapampa	Urbano	977	1.018	1.474
39	Bolognesi	Huallanca	Urbano	1.261	1.313	1.902
40	Huaraz	Huaraz	Urbano	25.648	26.700	38.665
41	Huaraz	Olleros	Urbano	391	408	591
42	Recuay	Recuay	Urbano	1.606	1.672	2.421

N.º	Provincia	Distrito	Ruralidad	2016	2017	2026
43	Recuay	Tapacocha	Urbano	51	54	78
44	A. Raimondi	Aczo	Rural	236	246	356
45	Huari	Anra	Rural	164	171	247
46	Huari	Cajay	Rural	399	416	601
47	A. Raimondi	Chaccho	Rural	200	209	303
48	A. Raimondi	Chingas	Rural	146	152	221
49	Huari	Huacachi	Rural	222	232	338
50	Huari	Huacchis	Urbano	383	399	577
51	Huari	Huachis	Rural	315	328	475
52	Huari	Huari	Urbano	3.042	3.167	4.585
53	A. Raimondi	Llamellin	Rural	658	685	992
54	Huari	Masin	Rural	232	242	352
55	A. Raimondi	Mirgas	Rural	408	425	616
56	Huari	Paucas	Urbano	238	248	358
57	Huari	Ponto	Rural	337	351	508
58	Huari	Rahuapampa	Urbano	167	174	252
59	Huari	Rapayan	Rural	171	179	261
60	A. Raimondi	S. J. de Rontoy	Rural	114	119	172
61	Huari	Uco	Rural	196	205	298
62	Huaraz	Independencia	Urbano	20.026	20.848	30.192
63	Huaraz	Jangas	Rural	1.112	1.158	1.678
64	Huaraz	Tarica	Rural	1.061	1.105	1.598
65	Carhuaz	Anta	Rural	356	371	538
66	Carhuaz	Marcara	Rural	1.416	1.475	2.136
67	Carhuaz	Pariahuanca	Rural	169	176	254
68	Carhuaz	San Mig. de Aco	Rural	184	192	277
69	Carhuaz	Yungar	Rural	419	437	635
70	M. Luzuriaga	Piscobamba	Rural	978	1.019	1.475
71	M. Luzuriaga	Casca	Rural	386	402	584
72	M. Luzuriaga	E. Guzmán B.	Rural	79	83	120
73	M. Luzuriaga	Llama	Rural	200	209	303
74	M. Luzuriaga	Lucma	Rural	306	319	462
75	M. Luzuriaga	Musga	Rural	245	256	371
76	M. Luzuriaga	F. Olivas E.	Rural	167	174	252
77	Asunción	Acochaca	Rural	391	408	591
78	Asunción	Chacas	Rural	1.237	1.288	1.864
79	M. Luzuriaga	Llumpa	Rural	303	316	457
80	C. F. Fitzcarrald	San Luis	Rural	1.529	1.592	2.307
81	C. F. Fitzcarrald	San Nicolás	Rural	254	265	384
82	Yungay	Yanama	Rural	578	602	871
83	C. F. Fitzcarrald	Yauya	Rural	371	387	561
84	Huari	Ch. Huantar	Rural	827	861	1246
85	Huari	Huantar	Rural	353	368	532
86	Huari	San Marcos	Rural	2.279	2.373	3.438
87	Huari	S. P de Chana	Rural	300	313	453

N.º	Provincia	Distrito	Ruralidad	2016	2017	2026
88	Yungay	Yungay	Rural	3.496	3.640	5.271
89	Yungay	Ranrahirca	Rural	348	363	526
90	Corongo	Aco	Urbano	44	46	66
91	Corongo	Bambas	Rural	30	32	46
92	Corongo	Corongo	Urbano	219	228	330
93	Corongo	Cusca	Rural	156	163	235
94	Huaylas	Huallanca	Urbano	255	266	386
95	Huaylas	Huaylas	Rural	233	243	353
96	Corongo	La pampa	Urbano	85	89	129
97	Huaylas	Santo Toribio	Rural	110	115	166
98	Corongo	Yanac	Rural	68	71	102
99	Corongo	Yupan	Urbano	50	53	76
100	Huaylas	Yuracmarca	Rural	276	288	417

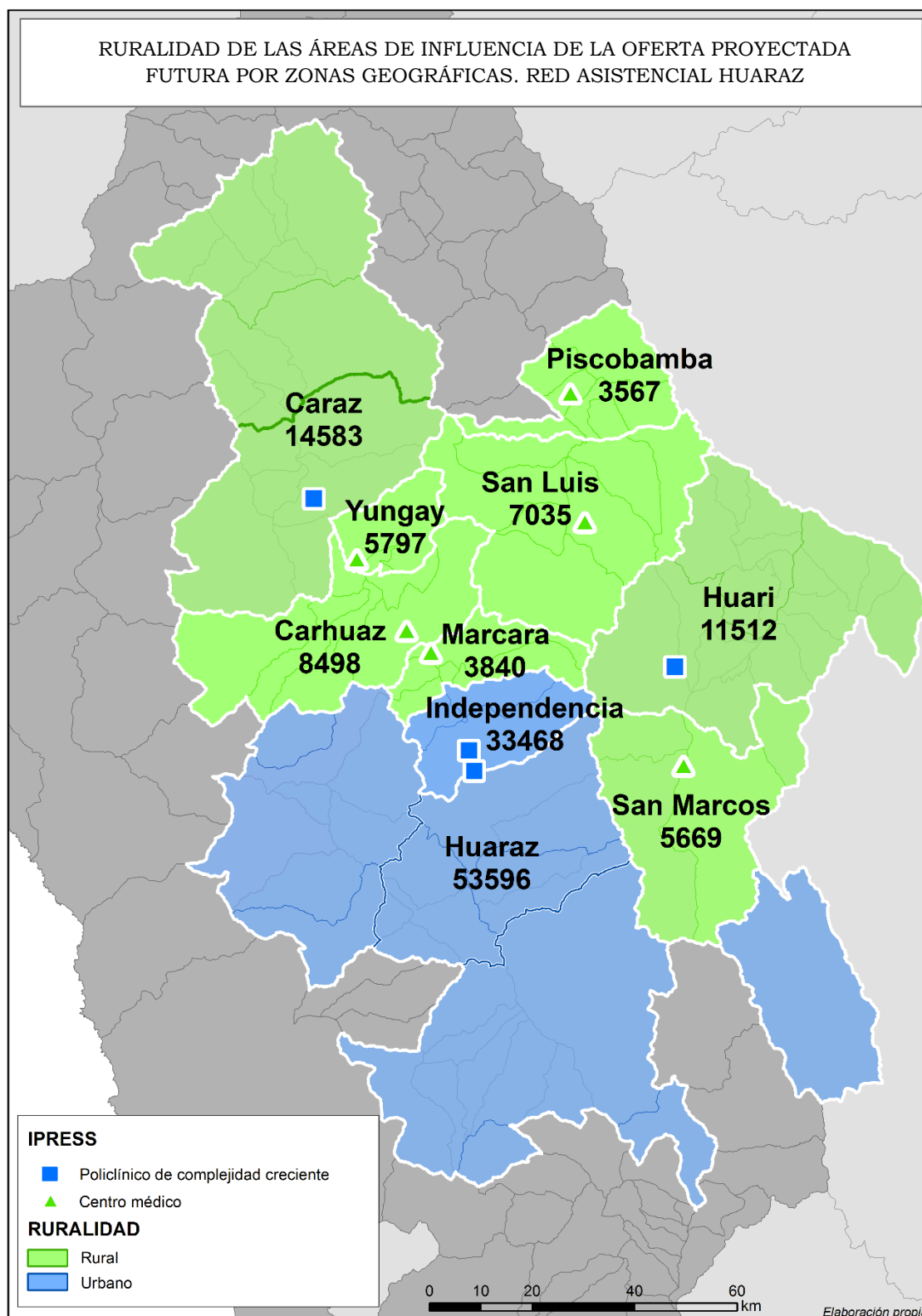
Fuente: Elaboración propia, 2017.

Anexo 7. Mapa de la accesibilidad por buffers, correspondiente a la oferta proyectada futura por distritos. Red Asistencial Huaraz



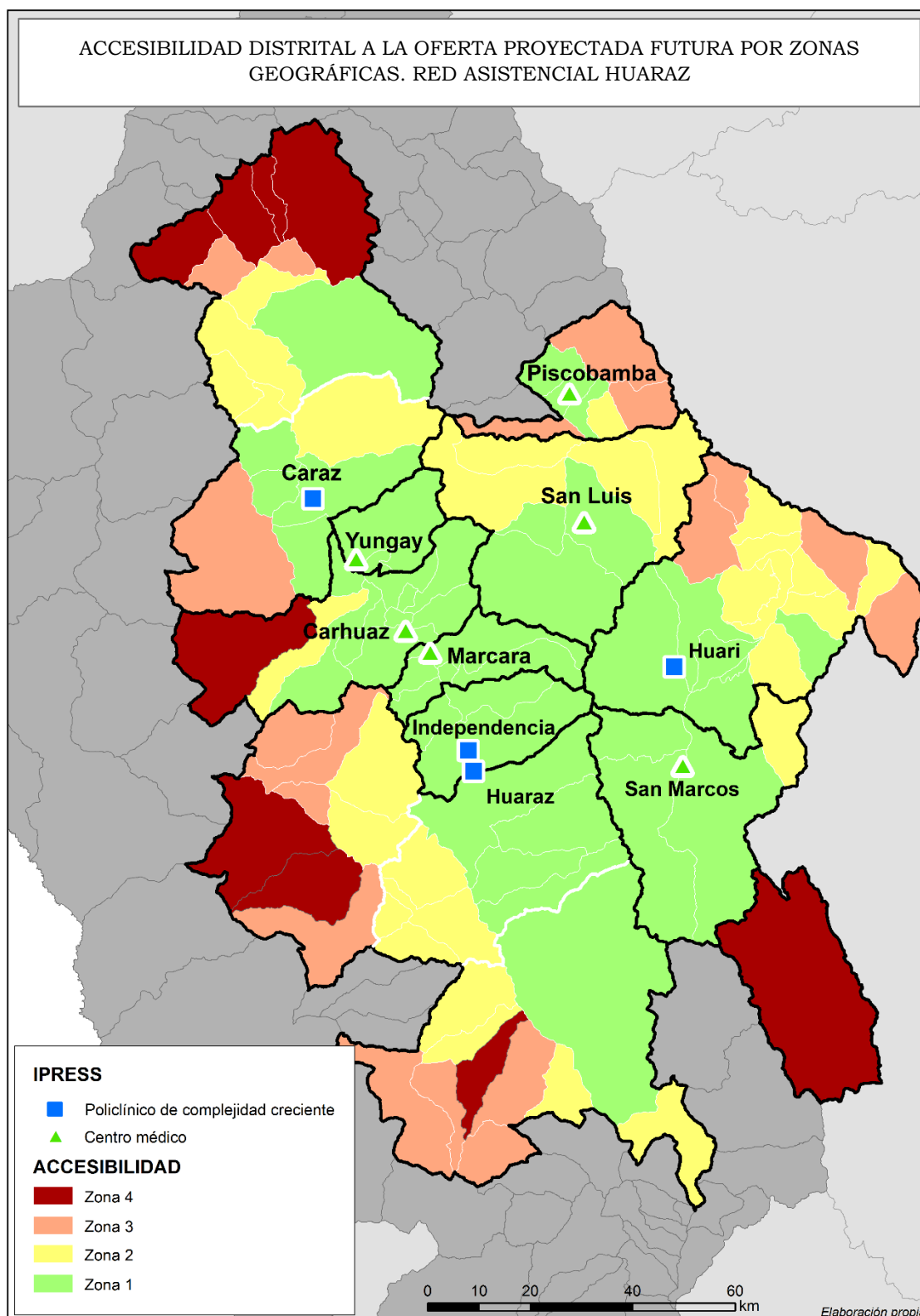
Fuente: Elaboración propia, 2017.

Anexo 8. Mapa de ruralidad de las áreas de influencia de la oferta proyectada futura por zonas geográficas. Red Asistencial Huaraz



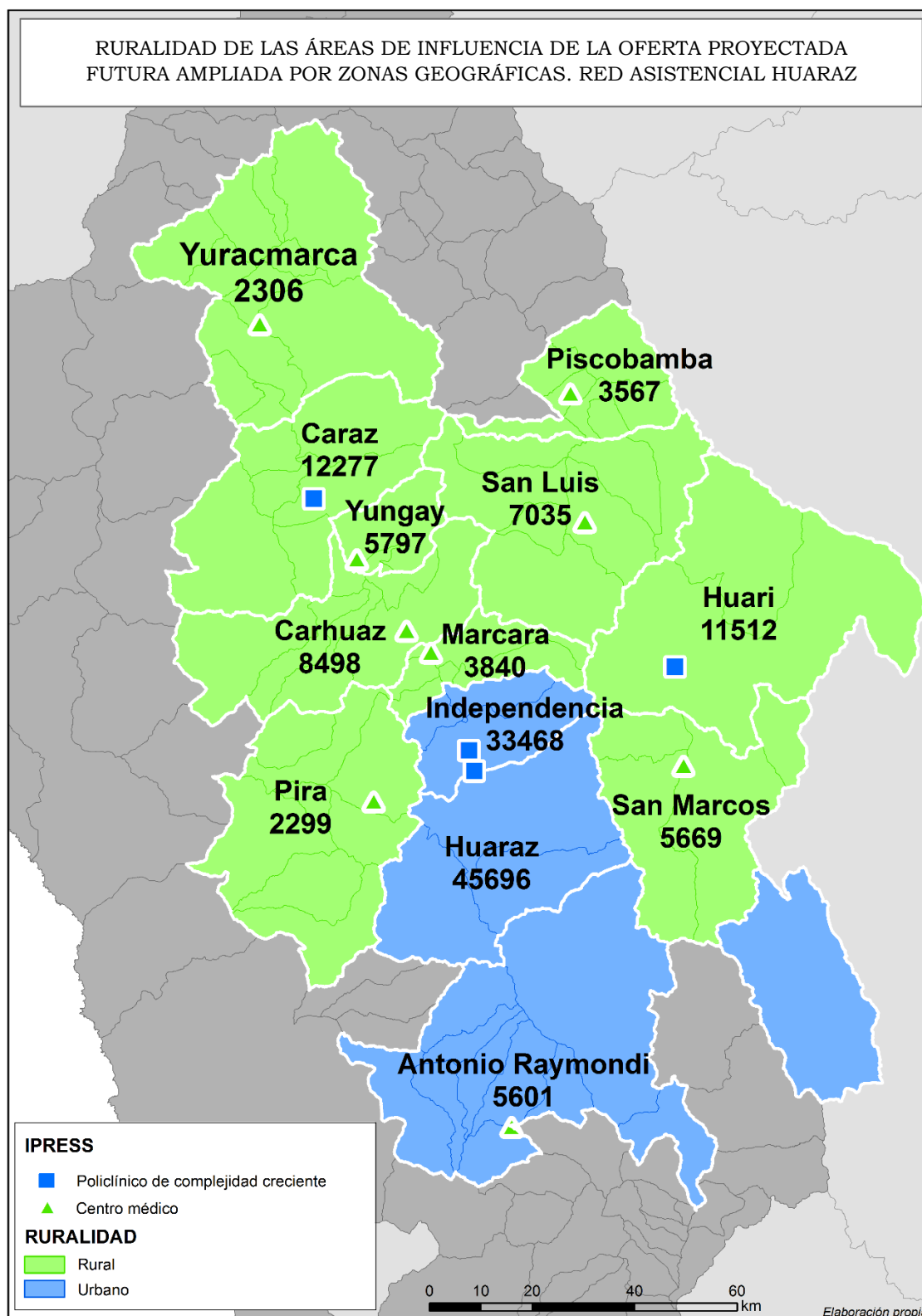
Fuente: Elaboración propia, 2017.

Anexo 9. Mapa de accesibilidad distrital a la oferta proyectada futura por zonas geográficas. Red Asistencial Huaraz



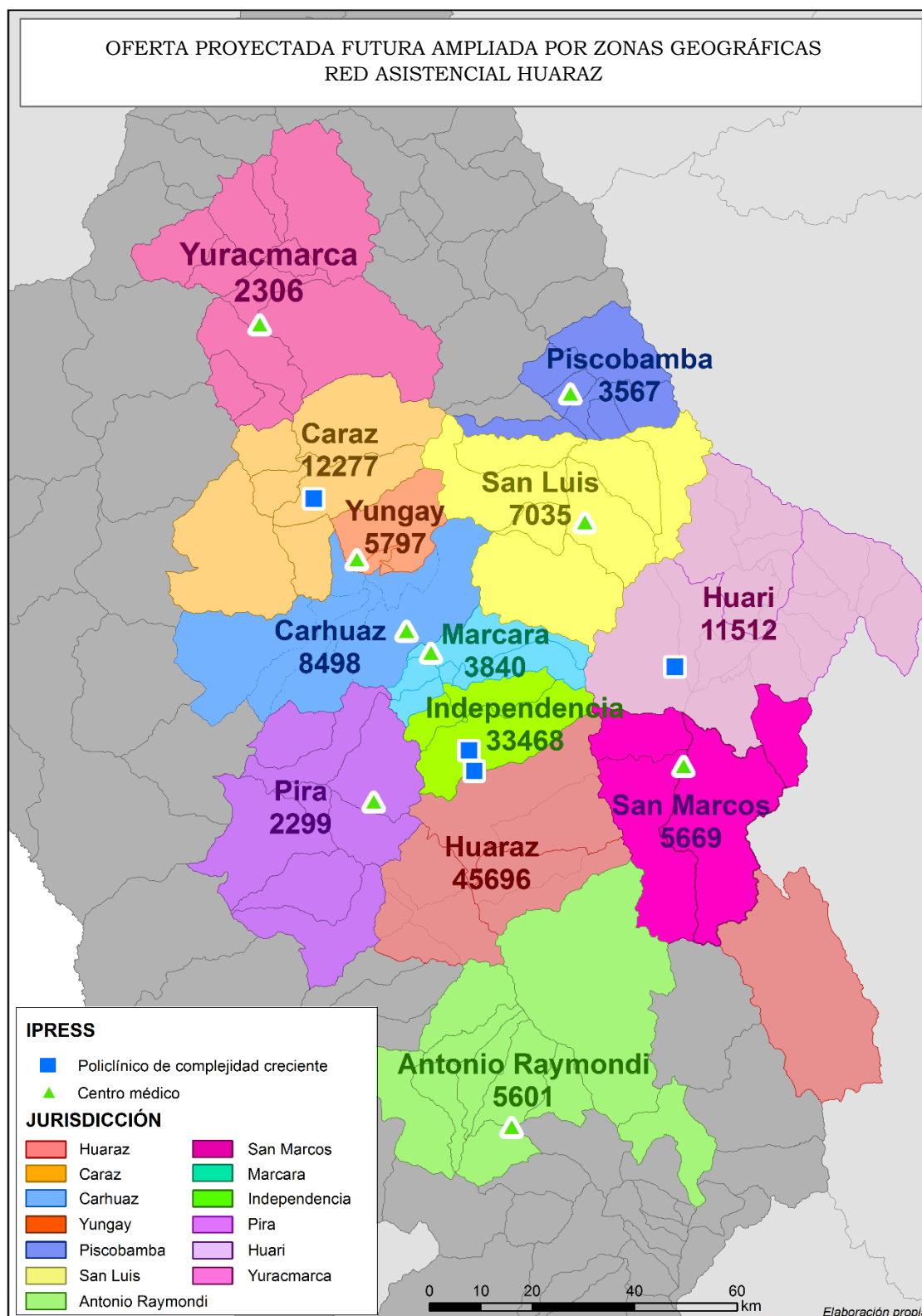
Fuente: Elaboración propia, 2017.

Anexo 10. Mapa de ruralidad de las áreas de influencia de la oferta proyectada futura ampliada por zonas geográficas. Red Asistencial Huaraz



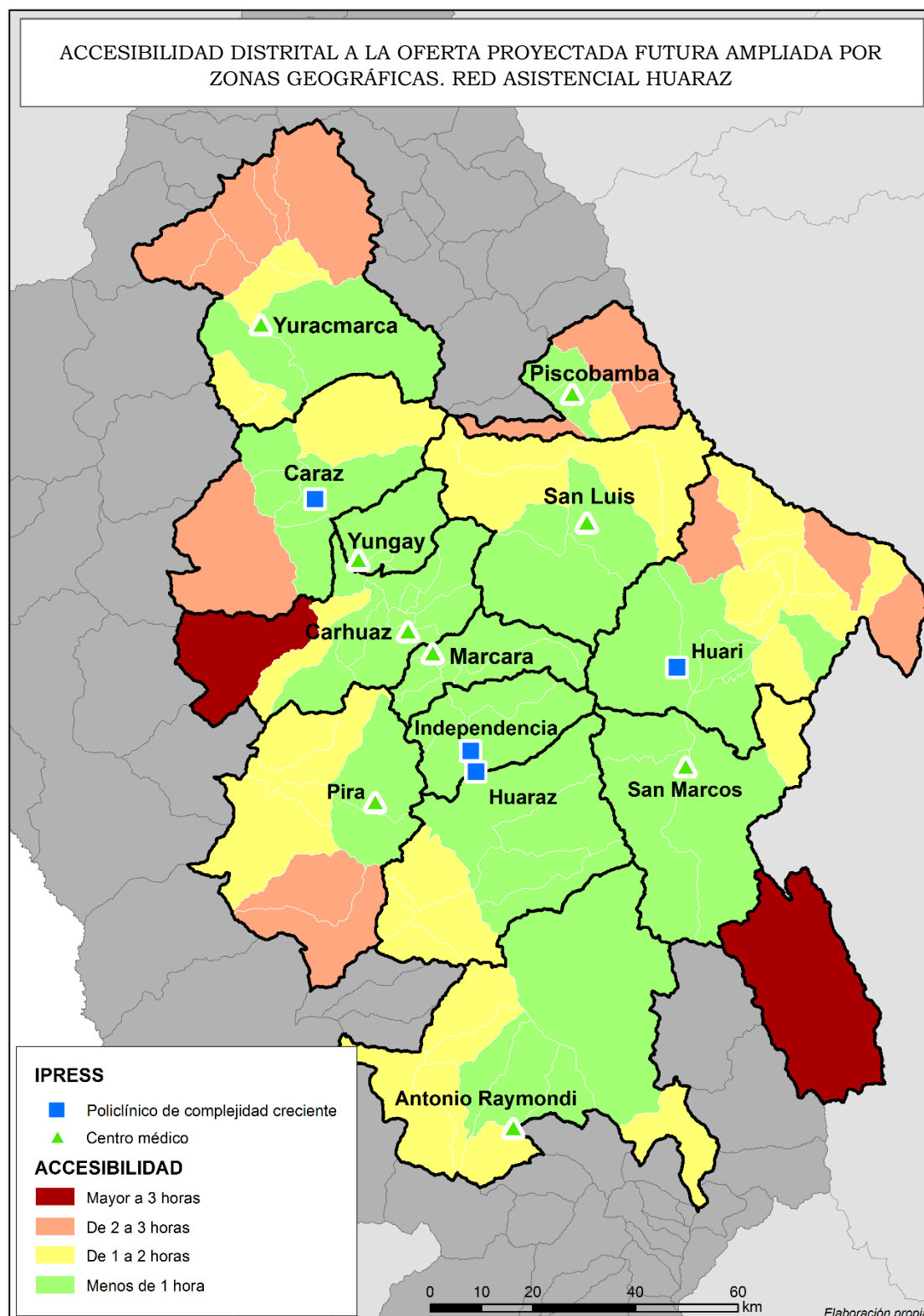
Fuente: Elaboración propia, 2017.

Anexo 11. Mapa de la oferta proyectada futura ampliada por zonas geográficas. Red Asistencial Huaraz



Fuente: Elaboración propia, 2017.

Anexo 12. Mapa de accesibilidad distrital a la oferta proyectada futura ampliada por zonas geográficas. Red Asistencial Huaraz



Fuente: Elaboración propia, 2017.

Anexo 13. Ficha de encuesta dirigida a funcionarios y/o especialistas multidisciplinarios en el sector Salud

Proyecto: “DISEÑO DE UNA METODOLOGÍA PARA LA PLANIFICACIÓN DE INVERSIONES EN INFRAESTRUCTURA SANITARIA PARA EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE SALUD EN ESSALUD CON ENFOQUE DE GESTIÓN TERRITORIAL”

La presente encuesta tiene por finalidad conocer la opinión de los encuestados sobre los factores que inciden en la problemática de EsSalud y en la propuesta metodológica de planificación de inversiones en infraestructura sanitaria para el primer nivel de atención de salud en EsSalud, con enfoque de gestión territorial.

En ese sentido, el equipo académico se compromete a dar a sus resultados un tratamiento estrictamente confidencial y reservado, por lo que agradeceremos su colaboración. Los resultados de la encuesta nos permitirán establecer la orientación que deberá seguir la metodología propuesta para su implementación en el sector Salud y en EsSalud.

Las respuestas deberán ser marcadas con un “X”.

FICHA DE ENCUESTA

Fecha: 20/02/ 2017

Datos generales

- Institución:
- Nombres y apellidos de la entrevistada:
- Profesión de la entrevistada:
- Función en la institución:

- 1. ¿Cuál cree que sea el/los problema(s) principal(es) que presenta EsSalud actualmente, en relación a la atención de los asegurados?**
 - a. Falta de oferta de infraestructura ()
 - b. Problemas de acceso a servicios de salud ()
 - c. Falta de especialistas ()
 - d. Incremento de demanda ()
 - e. Ninguna anterior ()
- 2. ¿Cuál(es) considera Ud. que podrían ser las causas principales del problema?**
 - a. Falta de presupuesto ()
 - b. Falta de Políticas de inversión en EsSalud ()
 - e. Falta de priorización de proyectos ()
 - f. Falta fortalecer el planeamiento de inversiones ()
 - g. Deudas a EsSalud ()
- 3. ¿Cuál considera Ud. que podría ser un factor para fortalecer la gestión de las inversiones?**
 - a. Aumentar el presupuesto ()
 - b. Mejorar capacidades de profesionales ()
 - c. Mejorar priorización de proyectos ()
 - e. Fortalecer el planeamiento de inversiones ()
 - f. Mejorar procesos ()
- 4. De la metodología propuesta, que le fue explicada, para planificar inversiones con enfoque territorial, marque sus apreciaciones.**
 - a. Es importante ()
 - b. Metodología ágil y técnica ()
 - c. Presenta estructuración ()
 - d. Falta mejorar secuencia de procedimiento ()
 - e. Es confuso ()
- 5. De los criterios empleados en la metodología, ¿le parece correcto el uso del sistema de información geográfica (SIG) utilizado?**
 - a. Sí ()
 - b. No ()
 - c. Existen otras alternativas ()
- 6. De los criterios empleados en la metodología, ¿le parece correcto haber definido las 3 horas como el límite de tiempo para definir la exclusión de los servicios de salud de un asegurado, en caso supere dicho tiempo?**
 - a. Sí ()
 - b. No ()
 - c. Faltó mayor análisis ()

7. De los criterios empleados en la metodología, ¿le parece correcto haber cuantificado la población mediante unidades de análisis de distritos y zonas geográficas (agrupación de distritos) para determinar si les corresponde un tipo de oferta asistencial (centro médico o policlínico de complejidad creciente)?
- Sí ()
 - No ()
 - Faltó mayor análisis ()
8. De los criterios empleados en la metodología, ¿le parece correcto haber considerado el uso de centros educativos como referencia de presencia de asegurados?
- Sí ()
 - No ()
 - Faltó mayor análisis ()
9. De los criterios empleados en la metodología, ¿le parece correcto haber considerado el uso del tipo de localidad predominantemente urbana o rural como factor para determinar el tipo de IPRESS (centro médico o policlínico de complejidad creciente)?
- Sí ()
 - No ()
 - Faltó mayor análisis ()
10. De los criterios empleados para la priorización de necesidades de inversión, ¿le parece que los factores considerados y su ponderación, son aceptables? / ¿la puntuación asignada a los criterios le parece aceptable?
- Sí/Sí ()
 - No/No ()
 - Sí/No ()
 - No/Sí ()
11. Si tuviera que calificar a la metodología propuesta, ¿qué calificación marcaría?
- Es un aporte importante ()
 - Metodología regular ()
 - Metodología con limitaciones ()
 - Falta mejorar criterios ()
 - Es limitada y confusa ()

Anexo 14. Resultados de la validación de la propuesta metodológica con expertos

N.º	Experto	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1	Elena Cruzado Rázuri. Arquitecta. Gerente central de Proyectos de Inversión. Seguro Social de Salud – EsSalud.	a, b	b, d	a, d	a, b, c	a	a	a	a	a	a	a
2	Gonzalo Arias Ramos. Ing. Economista. Jefe de división - Gerencia Central de Proyectos de Inversión. Seguro Social de Salud – EsSalud.	a, b	b, d	a, b, c	a, b	a	a	a	a	a	a	a
3	Max Bonilla Ruiz. Ing. Electrónico. Jefe de División - Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto. Seguro Social de Salud – EsSalud.	a, b	a	a, c, d	a, b	a	a	a	a	a	a	a
4	Floridiana Castro Miranda contador público CPC. Jefe de la Oficina de Planeamiento Operativo Red Asistencial Huaraz.	a, b, c	a, d	c, d	a, b, c	a	a	a	a	a	a	a
5	Juan Ricardo Zúñiga Cárdenas. Médico cirujano. Director ejecutivo. Oficina Ejecutiva de OPI MINSA.	a, b, c	b, d	a, c, d	a, b, c	a	a	a	a	a	a	a

Fuente: Elaboración propia, 2017.

Anexo 15. Ficha técnica

Encuesta Nacional Socioeconómica (ENNNSE) de acceso a la salud de los asegurados de EsSalud-2015

Diseño y ejecución del trabajo: Consorcio Instituto Cuanto – Prisma

I. Objetivos

- Establecer las características socioeconómicas y demográficas de los asegurados, su distribución, factores de riesgo de la salud, prevalencia de algún problema de salud, el grado de acceso, y factores explicativos. Así mismo, cuantificar el nivel de conocimiento, actitudes, opiniones y conducta de los asegurados con respecto a los servicios que le brinda EsSalud.
- Elaborar una línea de base con los principales indicadores económicos, sociales y demográficos, así como de prevalencia, grado de acceso y cobertura a la prestación de los servicios que brinda EsSalud. Asimismo, de la percepción sobre la calidad de los servicios de salud.

II. Cobertura geográfica

Veinticuatro departamentos y la provincia constitucional del Callao.

III. Tipo de encuesta

Encuesta a hogares, transversal con fines descriptivos y cuantitativa porque busca identificar las características de la población asegurada a EsSalud, en cuanto a acceso, salud, uso de servicios, socioeconómico, conocimientos, disposición de uso y satisfacción.

IV. Tipo de investigación

Estudio con componentes cuantitativo.

V. Técnica de estudio

Aplicación presencial de un cuestionario estructurado.

VI. Unidad de investigación

Personas que residen en una vivienda donde habita, al menos, un asegurado a EsSalud.

VII. Fecha de aplicación del cuestionario

- El cuestionario de encuesta se aplicó desde el 01 de febrero hasta el 31 de marzo de 2015. Esto indica que los resultados se refieren al primer trimestre del 2015
- Asimismo, dependiendo de la población y tema de estudio, los periodos de estudio consultados son variados.

VIII. Diseño muestral

- **Población y cobertura de marco**

La población objetivo constituida por toda la población asegurada a EsSalud (titulares y sus derechohabientes) que residen en viviendas particulares ocupadas en todo el territorio del Perú dentro del ámbito de cobertura de los centros asistenciales de EsSalud.

- **Marco muestral**

En el marco muestral para la selección de la muestra, lo constituye la información estadística proporcionada por EsSalud.

- **Tipo de muestreo**

El tipo de muestreo se define por conglomerados (bietápico) e independiente en cada centro asistencial, de selección aleatoria en la primera etapa, con probabilidad igual en las unidades de segunda etapa o viviendas.

- **Tamaño de la muestra**

El tamaño de la muestra ejecutada fue de 25.060 hogares donde habita, por lo menos, un asegurado a EsSalud. Con un error menor al 12% a nivel de centro asistencial y un nivel de confianza del 95%

Distribución de la muestra ejecutada

Región	Frecuencia	Porcentaje (%)	Región	Frecuencia	Porcentaje (%)
Amazonas	534	2.1	Lambayeque	1 239	4.9
Ancash	1 320	5.3	Lima	5 459	21.8
Apurímac	614	2.5	Ilo	735	2.9
Arequipa	1 220	4.9	Madre de Dios	340	1.4
Ayacucho	543	2.2	Moquegua	374	1.5
Cajamarca	919	3.7	Pasco	715	2.9
Callao	559	2.2	Piura	1 240	4.9
Cusco	1 194	4.8	Puno	1 313	5.2
Huancavelica	455	1.8	San Martín	639	2.6
Huánuco	495	2	Tacna	395	1.6
Ica	978	3.9	Tumbes	195	0.8
Junín	1 252	5	Ucayali	294	1.2
La Libertad	2 039	8.1	Total	25 060	100

Fuente: Encuesta Nacional Socioeconómica (ENNSE) de acceso a la salud de los asegurados de EsSalud-2015

- **Nivel de inferencia**

- **Nacional:** para todos los cuestionarios (urbano y semirural).
- **Red:** para los cuestionarios urbanos.
- **Centro asistencial:** para los cuestionarios urbanos.

Nota biográfica

Carlos Edgard Ordóñez Crespo

Ingeniero mecánico electricista de la Universidad Nacional de Ingeniería (UNI- 1987), Reg. CIP 64230, Ingeniería Biomédica (2da. Especialidad-Universidad de San Agustín-Arequipa-2003), Ingeniería Clínica (ACCE-American College of Clinical Engineering-MINSA-OMS), Maestría en Proyectos de Inversión (UNI-2009), Maestría en Gestión Pública (EUCIM Business School - Universidad San Martín-2015), Maestría en Gestión Pública (Universidad del Pacífico-2014); Especialización en Proyectos de Inversión Pública y Asociación Público Privado en ESAN – Graduate School of Business, postgrado en Electromedicina (Universidad Particular Cayetano Heredia) y Gestión de Mantenimiento Hospitalario (Pontificia Universidad Católica del Perú-UCP), especialización en Gestión de APP (Universidad Continental-2016). Docente Universidad Nacional de Ingeniería (2009-2012)

A lo largo de la Carrera Profesional ha sido supervisor nacional de Mantenimiento Hospitalario de EsSalud (1996-2003), jefe de Ingeniería Hospitalaria de las Redes Asistenciales de la Libertad (2005-2006), Sabogal (2006-2007) y Rebagliati (2010-2011), jefe de división de la Gerencia de Planeamiento y Control de Inversiones (2009-2010), subgerente de Evaluación de Tecnologías (2011-2014), jefe de Unidad Formuladora de Proyectos de Inversión (2011-2013), gerente de Planificación y Evaluación de Inversiones (2013-2015), y subgerente de Planificación de Inversiones (2014-actualidad).

Pedro Antonio Riega López

Nació en Lima, el 15 de diciembre de 1980. Médico cirujano egresado de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM-2005), Reg. C.M.P. 45156, con Segunda Especialización de Gestión en Salud (UNMSM-2010), Maestría en Gerencia de Programas y Proyectos Sociales (Universidad Peruana Cayetano Heredia-2010), Maestría en Gestión Pública (Universidad del Pacífico-2012).

A lo largo de su carrera profesional ha sido médico jefe del Puesto de Salud Longar de la Dirección Regional de Salud Amazonas (2005-2006), asesor del Decano del Colegio Médico del Perú (2006), médico residente de Gestión en Salud de la Dirección de Salud V Lima Ciudad (2007-2010), consultor de la Fundación Oswaldo Cruz de Brasil (2010), especialista de la Oficina

Ejecutiva de Cooperación Técnica, Oficina General de Asesoría Técnica del Instituto Nacional de Salud (2011), director ejecutivo de Gestión y Desarrollo de Recursos Humanos en la Dirección de Salud II Lima Sur (2011-2013), asesor de la Subjefatura del Instituto Nacional de Salud (2013-2014), y responsable de Equipo del Sistema de Información en Salud Pública, Centro Nacional de Salud Pública del Instituto Nacional de Salud (2014-actualidad).

Silvia Calisaya Ramírez

Arquitecta de la Universidad Nacional de Ingeniería (UNI-2001), con Diplomado en Gerencia de Proyectos PMI (UDEP- 2009), Maestría en Gestión Pública (UP- 2014), talleres y cursos internacionales en Diseño Urbano, Regeneración Urbana Integral, Diseño y Gestión (UNI/ Oxford Brookes University-2000), Arquitectura Hospitalaria (PUCP - 2011), Diseño para el Control de Infecciones (Harvard University / Socios en Salud -2015), y otros cursos orientados a la gestión de inversiones en salud, tanto pública, como en la modalidad de APP, así como en el diseño de infraestructura hospitalaria en diversas instituciones del país.

Participó como invitada en el “Action Langley Park Project” (University of Maryland, 2003), y como voluntaria en CASA of Maryland (USA-2003), trabajando en proyectos de desarrollo urbano de comunidades inmigrantes provenientes de diversas naciones, culturas y razas. Cuenta con once años de experiencia en el sector público, donde ha desempeñado diversos cargos técnicos y gerenciales principalmente en dependencias de gestión de proyectos en salud y planificación en salud, en entidades como el Ministerio de Salud y el Seguro Social del Perú, siempre comprometida con el fortalecimiento de la relación del ser humano y su territorio, cultura, comunidad y medioambiente. Actualmente se desempeña como consultora independiente.